



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Elli Cascarino & Jenna Nykänen

PERIOPERATIIVISEN  
SAIRAANHOITAJAN KOKEMUKSIA  
TARKISTUSLISTAN KÄYTÖSTÄ  
PÄIVÄKIRURGIAN YKSIKÖSSÄ  
VAASAN KESKUSSAIRAALASSA

Sosiaali- ja terveysala  
2017

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Elli Cascarino & Jenna Nykänen
Opinnäytetyön nimi	Perioperatiivisen sairaanhoitajan kokemuksia tarkistuslistan käytöstä päiväkirurgian yksikössä Vaasan keskussairaalassa
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	50 + 2 liitettä
Ohjaaja	Riitta Koskimäki

---

Tämän laadullisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia tarkistuslistan käytöstä päiväkirurgian yksikössä Vaasan keskussairaalassa. Opinnäytetyön tutkimuksella selvitettiin lisäksi hoitajien asenteita tarkistuslistan käyttöä kohtaan. Tavoitteena oli parantaa päiväkirurgian yksikön potilasturvallisuutta systematisoimalla tarkistuslistan käyttöä. Opinnäytetyön aihe on lähtöisin Vaasan keskussairaalasta.

Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, sillä potilasturvallisuuden merkitys leikkaussali-toiminnassa korostuu, minkä vuoksi tarkistuslistan käyttö on jatkuvasti tarkastelun alla. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys käsittelee potilasturvallisuutta, perioperatiivista hoitotyötä, päiväkirurgiaa sekä tarkistuslistaa. Teoreettinen viitekehys on muodostettu kotimaisista ja ulkomaisista tietokannoista haetuista ammatillisista sekä hoito- ja lääketieteellisistä julkaisuista. Kotimaisia artikkeleita koottiin Medicistä sekä Terveysportista ja ulkomaisia artikkeleita PubMedistä sekä Cinahlistista. Lisäksi lähteenä on käytetty hoitoalan kirjallisuutta.

Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty haastattelemalla kymmentä päiväkirurgian yksikössä työskentelevää sairaanhoitajaa. Aineiston kokoamista varten järjestettiin kolme ryhmähaastattelua kevään 2017 aikana. Tutkimustulosten analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysia.

Tutkimuksessa selvisi, että sairaanhoitajat pitivät tarkistuslistan käyttöä tärkeänä ja erityisesti potilasturvallisuutta edistävänä työkaluna. Tutkimustuloksissa kuitenkin tuli ilmi, että tarkistuslistan käyttöönotto tapahtuu hitaana prosessina ja sen käyttöönotossa ja asenteissa olisi parantamisen varaa. Tulosten perusteella tarkistuslistaa voisi jatkossa kehittää erikoisaloittain.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Hoitotyö

## ABSTRACT

Author	Elli Cascarino and Jenna Nykänen
Title	Perioperative Nurses' Experiences of Using the Checklist in the Day Surgery Unit of Vaasa Central Hospital
Year	2017
Language	Finnish
Pages	50 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Riitta Koskimäki

---

The purpose of this qualitative bachelor's thesis was to find out the experiences of perioperative nurses in using the checklist in the Day Surgery Unit at Vaasa Central Hospital. The thesis also investigated the nurses' attitudes towards using it. A further aim was to improve patient safety in the day surgery unit by systematizing the use of the checklist. The topic of the thesis originated from Vaasa Central Hospital.

The topic of the thesis is current and significant. Due to patient safety being highlighted in the operating room, the use of the checklist is continuously under review. The theoretical framework of this thesis discusses patient safety, perioperative nursing, day surgery and the checklist and is based on nursing science and medical publications from domestic and foreign databases. Domestic articles were collected from Medic and Terveystietä and foreign articles from PubMed and Cinahl. Literature from the field of healthcare was also used as a source.

The research material was collected by interviewing ten registered nurses working at the day surgery unit in the form of three group interviews arranged in the spring of 2017. The data was analyzed through inductive content analysis.

Based on the results of this research, the authors feel that using the checklist is important, especially as a tool to promote patient safety. However, the research also showed that the introduction of the checklist is a slow process and the implementation of it as well as attitudes towards using it could be improved. Finally, according to the results of this thesis, the checklist could be further developed separately on different fields of specialized medical care.

---

Keywords	Patient safety, perioperative nursing, day surgery, checklist
----------	---

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	POTILASTURVALLISUUS PÄIVÄKIRURGIASSA .....	10
	2.1 Potilasturvallisuus .....	10
	2.2 Perioperatiivinen hoitotyö .....	13
	2.3 Päiväkirurgia .....	15
	2.4 Tarkistuslista .....	17
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	22
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	23
	4.1 Aineiston kokoaminen.....	23
	4.2 Aineistonkeruumenetelmän arviointi .....	26
	4.3 Aineiston analysointi.....	27
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	30
	5.1 Kokemuksia tarkistuslistan käytöstä .....	30
	5.2 Tarkistuslistan käyttö päiväkirurgian yksikössä .....	31
	5.3 Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen .....	31
	5.4 Leikkaustiimin asenne tarkistuslistan käyttöä kohtaan .....	32
	5.5 Tarkistuslistan toimivuus päiväkirurgian yksikössä .....	33
6	TUTKIMUKSEN POHDINTA.....	35
	6.1 Tutkimuksen arviointi .....	35
	6.2 Tutkimustulosten pohdinta .....	36
	6.3 Johtopäätökset .....	40
	6.4 Tutkimuksen etiikka.....	42
	6.5 Tutkimuksen luotettavuus .....	44
	6.6 Jatkotutkimusaiheet.....	46

LÄHTEET.....	47
--------------	----

LIITTEET	
----------	--

## **KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO**

**Kuvio 1.** Esimerkki sisällönanalyysistä.

29

## **LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Suostumuslomake

**LIITE 2.** Haastattelurunko

## 1 JOHDANTO

Maailmassa tehdään joka vuosi yli 230 miljoonaa kirurgista toimenpidettä, joista vuosittain kuolee komplikaatioihin noin miljoona ihmistä 30 päivän sisällä leikkauksesta (Ikonen, Aarnio, Kangasmäki, Karjalainen, Kontsas, Kujala, Pauniahio, Saarnio, Savunen & Sivula 2009, 517). Yhdysvalloissa tulee peräti 50 leikkausta viikossa, jolloin leikkauksessa on kyseessä väärä potilas, ollaan tekemässä väärää toimenpidettä tai operoidaan väärää aluetta (Cabral, Eggenberger, Keller, Gallison & Newman 2016, 206).

WHO:n käynnistämän maailmanlaajuisen Safe Surgery Saves Lives –ohjelman tavoitteena oli vähentää leikkauksissa tapahtuvia komplikaatioita. Tavoitteeseen pääsemiseksi asiantuntijaryhmä kehitti leikkaustiimin tarkistuslistan, jota käytetään eri puolilla maailmaa. Tarkistuslistan vaikuttavuudesta komplikaatioiden vähentämiseksi on kliinistä näyttöä, ja sen käyttöä suositellaan kaikissa leikkauksissa ja klinikoita kannustetaan muokkaamaan listaa erikoisala- ja sairaalakohtaisesti. (Ikonen & Pauniahio 2010, 108; Pauniahio, Lepojärvi, Peltomaa, Saario, Isojärvi, Malmivaara & Ikonen 2009, 4249.)

Tarkistuslistan tehokas käyttö leikkaussaleissa auttaa parantamaan potilasturvallisuutta (Huang, Kim, Berry 2013, 365; Battié 2015, 597). Tarkistuslistan käyttö rikkoo leikkaussalin perinteistä hierarkiaa, kun johtajuus jaetaan leikkaustiimin kesken. Tarkistuslistan käyttöönotto, tarkistuslista itsessään sekä tarkistuslistan käyttö haastavat leikkaussalien perinteisen hierarkian, kun rohkaistaan tiimityöhön sekä yhteistyöhön. Monissa sairaaloissa vastuu tarkistuslistan eri kohdista jaetaan tiimin jäsenille. Anestesiahoitaja tekee alkutarkistuksen, kirurgi hoitaa tarkistuksen ennen viiltoa sekä lopuksi hoitajat sekä instrumenttihoitaja tekevät loppu-tarkistuksen. Näin jokaisella tiimin jäsenellä on tärkeä rooli tarkistuslistan läpi käymisessä. (Huang ym. 2013, 366-367.)

Tiedonkulun ongelmat on yksi merkittävä vaaratapahtumille altistava tekijä (Hervonen 2012). Tutkimusten mukaan kommunikaatio-ongelmien on todettu aiheut-



tavan noin 65- 70 % kaikista potilasturvallisuuden hättätapahtumista (Kupari, Peltomaa, Inkinen, Kinnunen, Kuosmanen & Reunama 2012, 29). Tehokas leikkaustiimin kommunikaatio on elintärkeää, jotta voidaan luoda luotettava turvallisuuskulttuuri leikkaussaleihin (Cabral ym. 2016, 206). Erityisesti sellaiset raportointitilanteet ovat vaara-alttiita, jolloin tieto ja hoitovastuu potilaasta siirtyvät terveydenhuollon työntekijältä toiselle (Hoikka 2012; Kupari & Rantanen 2012, 21). Suomessa on tehty käyttötutkimus tarkistuslistoihin liittyen, jonka tutkimustuloksien mukaan tarkistuslistalla oli myönteinen vaikutus juuri tiedonkulkuun ja huolellisuuteen (Ikonen & Pauniahö 2010, 110).

Tarkistuslistojen käyttö on todistetusti nähty olevan tehokas monissa tilanteissa: oli kyse niin lentämisestä, keittiössä leipomisessa, kuin leikkaussaleista. Se fakta on olemassa, että tarkistuslistojen täyttä toimeenpanoa ei välttämättä esiinny käytännössä (Spruce 2014, 470.)

Tarkistuslista on otettu laajasti käyttöön leikkaussaleihin, ja sen käytön vaikutuksista hoitotyön tuloksiin on osittain ristiriitaista tietoa. Tutkimustulosten mukaan niissä tutkimuksissa, joissa tarkistuslistan käyttöönottoon yhdistettiin samalla henkilökunnan koulutusta, listan käyttöönotto vähensi leikkauksen jälkeistä kuolleisuutta. (Tamminen & Metsävainio 2015, 338.)

Aihe on ajankohtainen, sillä tarkistuslistat ovat olleet aiheena sosiaalisessa mediassa. Tämän laadullisen opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat potilasturvallisuus (patient safety), perioperatiivinen hoitotyö (preoperative care) sekä päiväkirurgia (day surgery) sekä tarkistuslista (checklist). Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on koottu käyttäen hoitotyön kirjallisuutta kotimaisista ja ulkomaisista tietokannoista.

## 2 POTILASTURVALLISUUS PÄIVÄKIRURGIASSA

Tämän laadullisen opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat: potilasturvallisuus (*patient safety*), perioperatiivinen hoitotyö (*preoperative nursing*), päiväkirurgia (*day surgery*) ja tarkistuslista (*checklist*). Teoria opinnäytetyöhön on koottu käyttäen alan kirjallisuutta sekä tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia. Kotimaisia artikkeleita on haettu Medicistä ja Terveysportista ja ulkomaisia artikkeleita PubMedistä sekä Cinahlista.

### 2.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuuden tarkoituksena on taata potilaan tarvitsema oikeanlainen hoito, josta aiheutuu potilaalle mahdollisimman vähän haittaa (THL 2011). Potilasturvallisuudella tarkoitetaan itse turvallisen hoidon lisäksi lääkehoitoa sekä hoitolaitteistoa koskevaa turvallisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 20). Potilasturvallisuuden perustalla toimii terveydenhuoltolaki (L30.12.2010/1326/), jonka 8 pykälän mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Toiminnan on oltava myös näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Laissa määrätään myös terveydenhuollon yksiköitä laatimaan suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta. Potilasturvallisuus sekä komplikaatioiden ehkäisy ovat jokaisen lääkärin ja hoitoorganisaation toiminnanohjauksen avain, ja ne sisältyvät myös lääkärivalaan (Salmenperä & Hynynen 2013, 110).

Turvallisessa hoidossa pyritään hyödyntämään jo olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla ja käyttämään vaikuttavia menetelmiä siten, ettei hoidosta koidu potilaalle tarpeetonta haittaa. Potilasturvallisuus käsittää ne periaatteet ja toiminnot, joilla potilaiden turvallinen hoito varmistetaan. Myös poikkeamien hallinta ja niistä johtuvien haittojen ehkäisy sisältyy potilasturvallisuuteen. (STM 2009.)

Ammattitaitoisesta ja työhönsä sitoutuneesta henkilökunnasta huolimatta vaarapahtumat ovat mahdollisia, sillä terveyden- ja sairaanhoito on hyvin monisyistä ja vaativaa. Huolimatta siitä, että lääketieteellinen tieto ja taito ovat korkeatasoista, tarvitaan lisäksi ryhmätyötaitoja, joiden tärkeyteen on viime aikoina kiinnitetty enemmän huomiota potilasturvallisuuden näkökulmasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11.)

Potilasturvallisuuden perustana toimii myös potilasvahinkolaki, joka on laadittu hoidossa ja tutkimuksessa syntyvien mahdollisten vahinkojen korvaamiseksi potilaalle ilman monimutkaisia ja kalliita oikeudenkäyntejä. Siinä määritellään, mitkä terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutuvat potilasvahingot ovat korvattavia. Kirurgisiin korvattaviin vahinkoihin kuuluvat tutkimus- ja hoitovahingot, infektiovahingot, tapaturmavahingot ja diagnoosiin pääsemiseksi suoritettut tutkimukset sekä hoidon kohtuuttomat seuraukset. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen, Suominen 2001, 65.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009, 13) potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö on jaettu neljään eri näkökulmaan, joita ovat turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Strategian tavoitteena on potilaan turvallinen ja vaikuttava hoito. Turvallisuuskulttuuri tarkoittaa toimintaa, jolla varmistetaan potilaiden saama hoidon turvallisuus. Kun halutaan luoda turvallisuuskulttuuria, tulee potilasturvallisuuden olla tärkein prioriteetti jokaiselle hoitohenkilökunnan jäsenelle sekä lääkärille ja jokaisen tulisi pystyä tuomaan esille huolenaiheita sekä huomata ongelmia ilman pelkoa seurauksista. Potilasturvallisuuden tähden jokaista ihmistä kohdellaan kunnioittavasti huolimatta koulutuksen tasosta (Huang ym. 2013, 365.)

Potilasturvallisuuskulttuuriin sisältyy riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä jatkuva toiminnan kehittäminen. Potilasturvallisuuskulttuuria pyritään parantamaan systemaattisilla toimintatavoilla sekä sitä tukevalla johtamisella, arvoilla ja asenteilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13-14.)

Potilasturvallisuutta on parannettu anestesiatoiminnassa viime vuosikymmeninä laatien erilaisia hoito-ohjeita sekä paikallisia toimintaohjeita, ottamalla käyttöön sekä kansallisia että kansainvälisiä suosituksia, hyödyntämällä tarkistuslistoja, perioperatiivisella monitoroinnilla ja oppimalla vaaratapahtumista. (Voimanen & Alahuhta 2015, 332.) Raportointitilanteissa tapahtuvat kommunikaatio-ongelmat myötävaikuttavat noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista. ISBAR on 1990-luvulla USA:n puolustusvoimissa kehitetty strukturoitu kommunikaatiomenetelmä, joka järjestää potilaan hoitoon liittyvää tietoa selkeästi ja tiivistetysti. Sen avulla johdonmukainen kommunikaatio on mahdollista kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien välillä missä tahansa hoitoympäristössä. (Hoikka 2012, 24.)

Potilasturvallisuuden edistämiseen on vaikuttanut muun muassa tekniset edistysaskeleet monitoroinnin ja hengitystien hallinnan osalta, standardien ja toimintaohjeiden kehittäminen sekä inhimillisten tekijöiden hallinnan oppiminen. Leikkaustiimin tarkistuslista on alun perin WHO:n kehittämä työväline terveydenhuoltoon, joka on todettu tehokkaaksi, helpokäyttöiseksi ja halvaksi menetelmäksi potilasturvallisuuden parantamisessa. Tarkistuslistan avulla voidaan lisätä ja ylläpitää potilasturvallisuutta. (Voimanen & Alahuhta 2015, 332; Ikonen & Pauniahio 2010, 111.)

Tarkistuslistojen ja yhtenäisten näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen avulla erilaisten infektioiden tai muiden komplikaatioiden esiintymistä on voitu vähentää merkittävästi. (Voimanen & Alahuhta 2015, 332; Järvinen & Ruotsalo 2016, 14.) Todellinen potilasturvallisuuden merkitys perustuu siihen, että käytetäänkö tarkistuslistaa ja kuinka tehokkaasti tiimin jäsenet sitä käyttävät. Perioperatiivisen tiimin tulisi ymmärtää tiimityön tärkeys, käyttää tehokkaita kommunikointitaitoja sekä käyttää tarkistuslistaa työvälineenä tuodakseen leikkaustiimiä yhteen kohti turvallisempaa hoitoa (Spruce 2014, 471.)

Euroopan anestesiologiyhdistykset antoivat vuonna 2010 potilasturvallisuusjulistuksen, jonka tarkoituksena on korostaa potilaan oikeutta turvalliseen hoitoon ja hänen osallistumistaan turvallisuuden lisäämiseen. Julistuksessa määritellään mi-

nimivaatimukset turvallisuuden suhteen ja ne standardit, joita tulee noudattaa. Perioperatiivinen hoito on riskialtista erilaisille erehdyksille ja väärinkäsityksille monimutkaisuutensa ja teknisen vaativuutensa vuoksi, minkä takia myös yksilön, tiimityön, kommunikaation ja hoitoprosessin virheet ovat mahdollisia. (Voimanen & Alahuhta 2015, 332.)

## **2.2 Perioperatiivinen hoitotyö**

Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan leikkaus- ja anestesiaosaston leikkauks- tai toimenpidepotilaan hoitotyötä sairaanhoitajan tekemänä (Karma, Kinnunen, Palovaara, Perttunen 2016, 8; Lukkari, Kinnunen, Korte 2013, 11). Perioperatiivinen hoitotyö on näyttöön perustuvaa hoitotyötä, joka pohjautuu hyväksi havaittuun toimintanäyttöön, tieteelliseen tutkimusnäyttöön sekä kokemuseräiseen näyttöön (Perttunen 2016, 23).

Sana ”peri” tarkoittaa kreikaksi ”ympäri”, joten perioperatiivinen hoitotyö voidaan käsittää leikkauksen ympärillä tapahtuvana hoitotyönä. Käsite tuli Yhdysvalloissa tunnetuksi 1970-luvun lopulla, kun taas Suomessa se tuli tutummaksi vasta 1990-luvun alussa. (Karma ym. 2016, 8.) Perioperatiivinen hoito –käsite kuvaa leikkausta edeltävää, leikkauksenaikaista ja leikkauksenjälkeistä toimintaa hoidettaessa kirurgista potilasta. Perioperatiivisessa hoitoajattelussa korostuu potilas-keskeinen toimintatapa sekä hoitotekniset taidot, jotka ovat tärkeitä turvallisen ja korkealaatuisen hoidon toteutuksessa. (Lukkari ym. 2013, 11.)

Perioperatiivisen sairaanhoitajan vastuulla on potilaan kokonaishoito. Sairaanhoitaja osallistuu preoperatiivisilla käynneillä potilaan hoitotarpeen määrittelyyn ja suunnittelee intraoperatiivista hoitoa huomioon ottaen potilasturvallisuuden ja hyvinvoinnin kaikissa hoidon eri vaiheissa. Perioperatiivisen sairaanhoitajan vastuuseen kuuluu myös pre-, intra- ja postoperatiivisen hoidon joustavuus, tuloksellisuus sekä sen jatkuva arviointi. (Lukkari ym. 2013, 46.)

Moderni leikkauksali on monitahoista- sekä tieteellistä tiimityötä. Tiimi, johon kuuluu kirurgeja, anestesia- ja anestesiahoitajia ja instrumenttihoitajia sekä

valvovat hoitohenkilökunnan jäsenet, joiden tulee toimia yhdessä kootusti sekä koordinoitusti huolehtien potilaan turvallisuudesta ennen leikkausta, leikkauksen aikana sekä leikkauksen jälkeen. Raportit jokaisen leikkauksen jälkeen mahdollistaa leikkaustiimin jäsenille mahdollisuuden oppia virheistä ja parantaa turvallisuutta sekä tehokkuutta tulevissa leikkauksissa. Raportti varmistaa myös potilaan siirtymisen leikkausalista heräämöhöhoitoon saumattomasti. (Huang ym. 2013, 365-366.)

Kun leikkausali toimii parhaiten, sen monitahoisuus on lähes näkymätöntä. Konflikteja tai ongelmia esiintyy vain muutamia, kun potilas siirtyy preoperatiiviselta alueelta, leikkaussaliin ja sieltä heräämöhön. Monitahoisuus on leikkaussalin heikkous, mistä johtuen eniten lääketieteellisiä virheitä sattuu leikkauseissa kuin muualla sairaalassa. (Huang ym. 2013, 365.)

Nykyajan perioperatiivisessa hoitotyössä ei tulisi mieleenkään aloittaa kirurgista toimenpidettä ilman, että oltaisiin käyty läpi kaikkia turvallisuus tarkastuksia (Stratton 2016, 549). Myös yhdysvaltalainen perioperatiivisen sairaanhoitajaliiton johtaja Martha Stratton (2016, 550) painottaa, että "meidän vastuu ja kunnia perioperatiivisina sairaanhoitajina on tarjota potilaalle turvallista hoitoa".

Perioperatiivisessa hoitotyössä keskeistä ovat potilaan fyysiset, psyykkiset, sosio-kulttuuriset ja henkiset tarpeet ja perioperatiivisen sairaanhoitajan päämääränä on varmistaa potilaan yksilöllinen hoito näiden tarpeiden mukaan. Chardin (2000) tutkimuksen mukaan perioperatiivinen sairaanhoitaja on ominaisuuksiltaan vastuullinen, ammattitaitoinen, oma-aloitteinen ja itsenäinen työssään sekä toimii samalla potilaan asianajajana. Perioperatiivisen sairaanhoitajan on oltava myös jämäkkä, joustava, empaattinen, organisointikykyinen, vastuuntuntoinen, välittävä eikä vain pelkästään teknisesti osaava. (Lukkari ym. 2013, 27.)

## 2.3 Päiväkirurgia

Suomessa tehdään noin 50 % erikoisalojen kiireettömistä kirurgisista toimenpiteistä päiväkirurgisesti (Mattila & Hynynen 2012, 1423). Päiväkirurginen toimenpide määritellään sellaisena hoitajaksona, johon liittyy suunniteltu toimenpide tai leikkaus, jonka aikana potilas ei viivy sairaalassa kauempaa kuin 12 tuntia (Karma ym. 2016, 17). Lyhyiden, leikkauksenjälkeisten hoitajaksojen terminologia on kuitenkin laaja, kun tarkastellaan kansainvälisiä julkaisuja ja suosituksia.

Kansainvälinen päiväkirurginen yhdistys (International Association for Ambulatory Surgery) määrittelee toimenpiteen päiväkirurgiseksi, kun potilaan saapuminen, toimenpide ja kotiutuminen tapahtuvat saman työpäivän aikana. (Ruohoaho 2016, 1098.) Nestehoitoa tai verensiirtoa vaativat toimenpiteet eivät sovellu päiväkirurgiaan. Päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen potilaan on pärjättävä kotona leikkauksen jälkeen kivun ja pahoinvoinnin lääkehoidon osalta suun kautta otettavilla lääkkeillä. (Karma ym. 2016, 17.)

Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen soveltuvuutta arvioidaan toimenpiteen, potilaan yleistilan ja psykososiaalisen kokonaistilan perusteella. Päiväkirurgisissa yksiköissä onkin alettu kiinnittämään huomiota potilaan kokonaisvaltaiseen hoitamiseen, suulliseen sekä kirjalliseen ohjaukseen, postoperatiiviseen kivunhoitoon ja kotiuttamiskriteerien kehittämiseen. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, Uski-Talliqvist 2014, 124.)

Ennen leikkausta toteutettava potilasohjaus on yksi onnistuneen päiväkirurgisen toimenpiteen kulmakivistä. Ohjauksen on oltava nopeatempoista, selkeää, tehokasta ja suunnitelmallista, sillä yhä useampi potilas tulee päiväkirurgiseen toimenpiteeseen yhden poliklinikkakäynnin jälkeen. Täsmällinen, riittävän kirjallinen tai visuaalinen ohjeistus parantaa ohjauksen tehoa. (Karma ym. 2016, 18.)

Määriteltäessä potilaan soveltumista päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulee huomioida anestesiologiset (nukutukseen ja puudutukseen liittyvät), operatiiviset (leikkaukseen liittyvät), fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, joilla on merki-

tystä potilaan toipumiseen toimenpiteen jälkeen (Hautakangas, Makkonen, Lukkarinen, Horn, Pyhälä-Liljeström, Raappana 2003, 13-14). Potilaan yleistilan arvioiminen sekä ASA-luokan määrittäminen tehdään ennen leikkausta. ASA-luokalla (American Society of Anesthesiologists) tarkoitetaan anestesia-riskiluokitusta. Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen soveltuvat ASA 1- ja ASA 2-luokan potilaat. Sairaanhoitaja arvioi potilaan soveltumista päiväkirurgiaan leikkausta edeltävällä käynnillä, jolloin käydään läpi leikkaukseen valmistautumiseen, toimenpiteeseen, kivunlievitykseen ja kotiutumiseen liittyviä asioita. (Hammar 2011, 12.)

Se, miten hyvin potilas toipuu päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen määrittää, miten nopeasti potilas voidaan kotiuttaa. Kotiuttamisessa otetaan huomioon seuraavat kriteerit: potilaan vitaalielintoiminnot tulee olla vakaat ja potilas on orientoitunut aikaan ja paikkaan. Käveleminen onnistuu ilman tukea sekä pukeutuminen omin avuin. Tarvittaessa juominen ja virtsaaminen onnistuvat. Potilaalla ei saa olla liiallista pahoinvointia, oksentelua, kipua tai verenvuotoa tai tihkuttamista haavasta. Kotiuttamispäätöksen tekee edellä mainittujen kotiutuskriteerien mukaan potilasta hoitava lääkäri tai sairaanhoitaja. Potilas saa mukaansa tarkat kotihoito-ohjeet ja tiedon siitä, mihin hän voi ottaa tarvittaessa yhteyttä, jos jotain kysyttävää ilmenee. Kotimatkan ja ensimmäisen leikkauksen jälkeisen yön ajaksi potilaalla tulee myös olla vastuullinen saattaja. (Karma ym. 2016, 18.)

Seurantatutkimuksien mukaan päiväkirurgisilla potilailla vakavat tapaturmat ovat harvinaisia sekä osastohoitoon jääminen tai palaaminen on harvinaista kyseisessä potilasryhmässä. Kirurgisten sekä anestesioilogisten tekniikoiden kehitys, kokemus sekä muutokset ajattelutavoissa ovat lyhentäneet kirurgisten toimenpiteiden jälkeistä sairaalassaoloaikaa. Kirurgisten toimenpiteiden tarve tulee lisääntymään väestön vanhetessa, ja iäkkäämmät potilaat saattavat hyötyä lyhyemmästä sairaalajoajasta, kun tutut kotiolot leikkauksen jälkeen eivät aiheuta kognitiivisia häiriöitä. (Mattila & Hynynen 2012, 1424.)



## 2.4 Tarkistuslista

Leikkaustiimin tarkistuslista on WHO:n vuonna 2007 kehittämä maailmanlaajuisen potilasturvallisuutta lisäävä työkalu, jonka tarkoituksena on vähentää leikkaussaleissa tapahtuvia potilasvahinkoja ja kuolemia. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Suomessa tarkistuslistan käyttöönotto on tapahtunut viime vuosien aikana. (Karma ym. 2016, 20.) Tarkistuslistan tarkoituksena on parantaa leikkauksurvallisuutta lisäämällä tiimityötä ja kommunikaatiota hoitoyhteisössä. Listaa käyttämällä varmistetaan, että potilasta koskevat keskeiset tiedot on huomioitu ja kaikki tarpeelliset toimenpiteet tehty ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Tarkistuslistan avulla varmennetaan hoidon turvallisuutta, lääkehoidon turvallisuutta sekä laiteturvallisuutta. Tarkistuslistan käytöllä vähennetään leikkaukskomplikaatioita ja niistä aiheutuvia kustannuksia perioperatiivisessa hoitotyössä. Suomessa Potilasvakuutuskeskus edellyttää tarkistuslistan käyttöä kaikessa leikkaustoiminnassa ja Valvira suosittelee tarkistuslistan jatkuvaa käyttöä ja kehittämistä potilasturvallisuuden takaamiseksi. (Karma ym. 2016, 20.)

Tarkistuslistan ensimmäiset käyttäjät olivat Yhdysvallat sekä Euroopan huippukeskukset, jotka huomasivat kuinka yksinkertaisia ja helposti korjattavia virheitä tarkistuslistan käyttö poisti. Tarkistuslistan avulla on huomattu kirurgisen sairaanhoidon heikkoja kohtia, muun muassa sitä, että komplikaatioita on totuttu pitämään selvänä osana kirurgian arkea. Tarkistuslistan käytön vahvuutena pidetään sitä, että sen käyttö käytännössä täyttää lääketieteellisen tiedon ja toiminnan välisen aukon. (Ikonen ym. 2009, 516.)

Maailmanlaajuisesti tarkistuslista otettiin käyttöön vuonna 2009, jolloin toteutettiin tutkimus tarkistuslistan käytöstä ja sen vaikutuksista. Suomesta tutkimukseen lähtivät mukaan Helsingin yliopistollinen sairaala, Turun yliopistollinen keskussairaala sekä Tampereen yliopistollinen sairaala. Tutkimus tehtiin kyselytutkimuksena kuuden viikon ajanjaksolta ennen tarkistuslistan käyttöönottoa sekä

käyttöönoton jälkeen. Tutkimustuloksista ilmeni, että tarkistuslista paransi potilaan henkilöllisyyden varmistamista sekä tietoisuutta leikkausriskeistä ennen leikkausta. Lisäksi tulokset osoittivat tarkistuslistan lisäävän potilastietojen tuntemusta ja kommunikaation parantumista leikkaustiimin välillä. (Takala, Katila, Porkkala, Aaltonen, Pauniahho, Kotkansalo, Kinnunen, Peltomaa & Ikonen 2009, 363.)

Leikkaustiimin tarkistuslista sisältää anestesia- ja leikkausturvallisuuden kannalta oleellisia kohtia, jotka leikkaussalissa työskentelevä tiimi käy vaihe vaiheelta läpi ennen jokaisen toimenpiteen alkua. Näitä ovat esimerkiksi mahdollinen vaikea ilmatie, suuri verenvuoto riski, leikkauspuolen varmistaminen, antibioottiprofylaksian anto oikeaan aikaan sekä otettujen näytteiden täsmällinen kirjaus. Joka ainoa listan kohta tulee lukea ääneen, millä varmistetaan, että koko tiimi on tietoinen keskeisten seikkojen huomioimisesta ja niiden toteutumisesta. (Pauniahho ym. 2009.) Tarkistuslistan käyttö, potilaan henkilöllisyyden kysyminen ja epäselvästi ymmärretyin sanelun tulkinnan varmistaminen pitäisi olla itsestään selviä asioita potilastyössä (Kinnunen ym. 2015, 662-663).

Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö on yksinkertaista, laajasti sovellettavissa ja mitattavissa oleva menetelmä potilaan hyvinvoinnin ja riskien hallinnan takaamiseksi. Listan käytön aikana tarkistettavista asioista keskustellaan aina ääneen ja sen tarkka läpikäyminen ohjaa tiimin jäseniä yhteistoimintaan. Tietty tarkistuslistassa oleva asia voidaan vahvistaa esimerkiksi sanoilla ”kyllä”, ”esillä”, ”annettu” tai ”merkitty”. Tämän kaltaisten vakiomuotoisten, lyhyiden vastausten käyttäminen parantaa toimintavarmuutta. Vahvistuksen tarkistuslistan kysymykselle saa antaa vasta sitten, kun asia on varmasti otettu huomioon, ja jos jokin kohta jää epäselväksi, se pitää selvittää, ennen kuin voidaan siirtyä seuraavaan vaiheeseen. (Karma ym. 2016, 20-21.)

Tarkistuslistan käytön tärkeys tiedostetaan, ja käytön tehokkuuteen voidaan vaikuttaa seuraavilla tavoilla. Tarkistuslista tulisi olla laminoitu tai elektroninen lista koneella, jonka kaikki tiimin jäsenet näkevät helposti. Tarkistuslistasta tulisi lukea aina ennen leikkausta, ei tulisi luottaa muistiin. Leikkausali henkilökunnan tulisi

esitellä itsensä toisille aina ennen leikkausta, myös opiskelijoiden. Kaikkien tulisi pysähtyä ja kuunnella, kun lääkäri tai sairaanhoitaja lukee tarkistuslistaa ääneen ja kaiken informaation tulisi olla selvää. On tärkeää, että leikkaustiimin jäsenet ovat sitoutuneet sekä läsnä tarkistuslistaan osallistuessaan ja kunnioittavat sen läpikäymistä. (Spruce 2014, 471-472; Battié 2015, 598.) Epävarmalta hoitajalta tulisi aina kysyä, että onko hänellä kysyttävää (Spruce 2014, 471-472).

Kirurgialla tieto jokaisesta leikkaustiimiin kuuluvasta henkilöstä on voimavara, siten esittelystä on tullut tärkeä osa kirurgista tarkistuslistaa. Nimien tietäminen on tutkimuksien mukaan tuonut esille, että ihminen pystyy puhumaan helpommin, tulee selkeys rooleista ja vastuista, jotka tekevät tiimistä vahvan. (Battié 2015, 597.)

Tarkistuslista on kolmivaiheinen. Ensimmäiseksi toteutetaan ääneen sisäänkirjautuminen (sign in) eli alkutarkistus ennen anestesiaa. Toinen vaihe eli aikalisä (time out) toteutetaan ääneen ennen viiltoa, jolloin leikkaustiimi pysähtyy hetkeksi ja käy läpi leikkauksen kriittiset vaiheet. Alkutarkistuksessa tarkistuslistasta vastaava henkilö varmistaa potilaan oikean henkilöllisyyden sekä leikkausalueen oikeellisuuden. Tarkistuslistasta vastaava henkilö voi olla joko sairaanhoitaja tai lääkäri.

Alkutarkistuksessa potilaalta on varmistettava, että häneltä on saatu suostumus leikkauspäätöksestä, joka on kirjattu asianmukaisesti potilaskertomukseen. Potilaalta varmistetaan, että hänelle on kerrottu leikkauksen luonteesta. Kolmas vaihe eli lopputarkistus (sign out) toteutetaan ääneen ennen potilaan siirtämistä jatkohoitoon anestesiavalvontaan. Tarkistuslistasta vastaava henkilö varmistaa, että tehty toimenpide on dokumentoitu oikein ja tarkistuskalkulaatio on tehty. (Karma ym. 2016, 20-21.)

Vuonna 2007 WHO:n potilasturvallisuusliito WAPS (World Alliance for Patient Safety) käynnisti maailmanlaajuisen Safe Surgery Saves Lives -hankkeen leikkaushaittojen vähentämiseksi (Ikonen & Pauniahho 2010, 108) asettamalla stan-

dardit, joita voidaan soveltaa kaikkialla maailmassa (Perry & Kelley 2014, 60). Kehittämishanketta varten kehitettiin 19-kohtainen leikkaustiimin tarkistuslista, jonka tarkoituksena on parantaa tiimien välistä kommunikaatiota ja hoidon turvallisuutta. Kyseistä tarkistuslistaa kokeiltiin kahdeksassa eri sairaalassa eri puolilla maailmaa. Tarkistuslistan käyttöönoton myötä tutkimusnäyttö oli vahva: kirurgiaan liittyvä kuolleisuus laski 1,5 %:sta 0,8 %:iin ja leikkauskomplikaatiot vähenivät 11,0 %:sta 7,0 %:iin. (Haynes, Weiser, Berry, Stuart, Lipsitz, Breizat, Dellinger, Herbosa, Joseph, Kibatala, Lapitan, Merry, Moorthy, Reznick, Taylor & Gawande 2009, 491; Perry & Kelley 2014, 59.)

Myös Suomessa on tehty käyttötutkimus tarkistuslistoihin liittyen, jonka tutkimustuloksien mukaan tarkistuslistalla oli myönteinen vaikutus juuri tiedonkulkuun ja huolellisuuteen ja niiden myötä hoitotyön tulosten parantumiseen (Ikonen & Pauniahio 2010, 110; Tamminen & Metsävainio 2015, 338). Finnairin lentokapteenin ja pääkouluttajan Arto Helovuon (2012, 26) artikkelin mukaan tällaisella standardoidulla raportointitavalla voidaan vähentää myös mahdollisia vuorovaikutustilanteisiin liittyviä jännitteitä. Norjalaisessa yliopistosairaalassa tehty tutkimus tarkistuslistan käytöstä osoittaa tarkistuslistoilla olevan suotuisa vaikutus tiimityöskentelyyn ja turvallisuuskulttuuriin, kun tarkistuslistat toimivat taustalla muistuttajina (Haugen, Softeland, Eide, Sevdalis, Vincent, Nortvedt & Harthug 2013, 808).

Tarkistuslista on otettu laajasti käyttöön leikkaussaleihin, ja sen käytön vaikutuksista hoitotyön tuloksiin on osittain ristiriitaista tietoa. Tutkimustulosten mukaan niissä tutkimuksissa, joissa tarkistuslistan käyttöönottoon yhdistettiin samalla henkilökunnan koulutusta, listan käyttöönotto vähensi leikkauksen jälkeistä kuolleisuutta. (Tamminen & Metsävainio 2015, 338.) Tarkistuslistan käyttöönoton on myös todettu parantaneen myös työntekijöiden asenteita potilasturvallisuutta kohtaan (Inkinen & Korkeamäki 2012, 34). Tutkimuksien mukaan tarkistuslistan käyttö näkyi myönteisesti myös kirurgisten infektioiden ja uusintaleikkausten määrissä. (Ikonen ym. 2009, 517). Listojen ja yhtenäisten hoitokäytäntöjen avulla

erilaisia infektioita ja muita komplikaatioita on pystytty vähentämään huomattavasti. (Järvinen & Ruotsalo 2016, 14.)

On tunnistettu esteitäkin listan käytölle, muun muassa hierarkia, ammattiyhteisyys sekä muutoksen pelko (Ikonen ym. 2009, 516). Tarkistuslistassa käytävät asiat saatetaan kokea itsestäänselvyytenä ja normaaliin hoitotyöhön kuuluvana (Salmenperä & Hynynen 2013, 110). Aikaisemmat kokemukset ovat osoittaneet, että tarkistuslistan keuhko käyttö, esimerkiksi tarkistuslistan käyttö, jota ei ole muokattu sairaalaan toimivaksi, on lisännyt hoitajien paperitöitä, jotka täytyy tehdä, sen sijaan, että se olisi positiivinen muutos (Huang ym. 2013, 366).

Estettävissä olevia virheitä tapahtuu silti jatkuvasti, mikä johtuu osaltaan siitä, että kaikki ammattilaiset eivät käytä listaa systemaattisesti. Jotkut lääkäreistä saattavat kokea, että turvallisuutta parantavat ohjeet ja yhtenäiset käytännöt rajaavat liikaa ammattiin liittyvää autonomiaa. Tämän taustalla voi olla myös ihmisen ajatteluun ja toimintaan liittyviä geneerisiä ominaisuuksia. Aina ohjeiden noudattamatta jättäminen ei kuitenkaan johdu yksittäisten klinikoiden tahallisesti tehdystä ratkaisusta. Ohjeita ei välttämättä muisteta tai ne voivat olla vaikeaselkoisia. Myös epätavalliset tilanteet voivat vaikeuttaa ohjeiden mukaan toimimista. Tutkimusten mukaan napakat ja lyhyet ohjeet sekä mahdollisuus joustavuuteen edistävät niiden noudattamista. Tarkistuslistat ja ohjeet ovat toimivia vain, jos niitä käytetään oikein. (Kinnunen ym. 2015, 662-663.)

### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän laadullisen eli kvalitatiivisen opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia tarkistuslistojen käytöstä Vaasan keskussairaalan päiväkirurgian yksikössä. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa päiväkirurgian osaston potilasturvallisuutta sekä selvittää perioperatiivisen sairaanhoitajan asenteita tarkistuslistan käyttöä kohtaan. Tutkimustulosten myötä systematisoidaan tarkistuslistan käyttöä, hoidon kirjaamista sekä raportointia hoitoprosessissa Vaasan keskussairaalan päiväkirurgian yksikössä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Millaisia kokemuksia perioperatiivisella sairaanhoitajalla on tarkistuslistan käytöstä intraoperatiivisessa vaiheessa päiväkirurgian yksikössä?
2. Millaisia asenteita perioperatiivisella sairaanhoitajalla on tarkistuslistaa kohtaan päiväkirurgian yksikössä?
3. Miten koette perioperatiivisina sairaanhoitajina, että tarkistuslistan käytöllä voidaan parantaa potilasturvallisuutta?

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimusmenetelmän valintaa ohjaavat tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset. Tämä opinnäytetyö on laadullinen, joka käsitteli sairaanhoitajien kokemuksia tarkistuslistoista. Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvantaminen. Taustalla on ajatus siitä, että todellisuus on moninainen, jolloin kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 161.) Tässä tutkimuksessa pyritään löytämään uusia näkökulmia perustuen haastateltavien omiin kokemuksiin.

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavassa keskeistä on sen mahdollisuus lisätä ymmärrystä tutkimusilmiöstä, sillä siinä korostuvat ihmisten, kokemusten, tulkintojen, käsitysten ja näkemysten kuvaus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57).

### 4.1 Aineiston kokoaminen

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään aineistonkeruumenetelminä usein haastatteluja, kyselyjä, havainnointia sekä erilaisia dokumentteja (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 71). Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, sillä haastattelun aikana päästään suoraan kielelliseen vuorovaikutukseen tutkittavan kanssa, mistä on sekä etuja että haittoja. Yhtenä suurena etuna pidetään joustavuutta aineistoa kerätessä, sillä aineiston keruuta pystytään joustavasti säätelemään vastaajia myötäillen sekä tilanteen edellyttämänä. (Hirsjärvi ym. 2009, 204-205.)

Haastattelun helpottamiseksi ja sen luotettavuuden lisäämiseksi voidaan apuvälineenä käyttää ääninauhoitusta. Haastatteluun osallistuville tulee etukäteen ilmoittaa nauhoituksesta sekä siitä, että nauhat hävitetään tutkimuksen valmistuttua asianmukaisesti niiden käytyä läpi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 127.) Nauhoituksen ansiosta haastattelijalla on mahdollisuus palata haastatteluun myöhemmin, jolloin saatu aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan haastattelunauhojen ma-

teriaali tekstiksi. Materiaali kirjoitetaan usein auki sanasta sanaan, mutta tutkijalla on mahdollisuus tehdä myös muita ratkaisuja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132.) Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla kymmentä (10) Vaasan keskussairaalan päiväkirurgian yksikössä työskenteleviä perioperatiivista sairaanhoitajaa. Aineiston kokoamista varten järjestettiin kolme ryhmähaastattelua kevään 2017 aikana, joista kaksi suoritettiin huhtikuussa ja kolmas haastattelu toukokuussa.

Laadulliseen tutkimukseen osallistuvat henkilöt valitaan tarkkaan, koska tutkimusta tehtäessä on tärkeää, että haastateltavilla on mahdollisimman hyvä käsitys ja kokemus tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86). Päiväkirurgian yksikön osastonhoitaja valitsi haastatteluihin osallistuvat sairaanhoitajat. Valintakriteereinä oli perioperatiivisten sairaanhoitajien ammatillinen kokemus sekä perioperatiivisessa hoitotyössä työskentelyolo. Haastateltavien perioperatiivisten sairaanhoitajien työskentelykokemukset erosivat toisistaan; haastatteluihin valittiin sekä vastavalmistuneita että monta vuotta alalla työskennelleitä sairaanhoitajia, jotta tutkimusaineistosta tulisi mahdollisimman kattava ja monipuolinen.

Ryhmähaastattelu sopii hyvin aineistonkeruumetodiksi, kun haastateltavat edustavat samaa ammattiryhmää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124). Ensimmäisessä ryhmässä haastateltiin kolmea Vaasan keskussairaalan päiväkirurgialla työskentelevää perioperatiivista sairaanhoitajaa. Saman päivän aikana haastateltiin vielä kolmea perioperatiivista sairaanhoitajaa. Toukokuussa haastateltiin viimeinen ryhmä, jossa oli neljä perioperatiivista sairaanhoitajaa. Kaikki haastattelut toteutettiin virka-aikana Vaasan keskussairaalan päiväkirurgian yksikössä, jonka vuoksi haastatteluihin käytettävä aika oli rajallinen.

Haastatteluiden tarkoituksena oli selvittää perioperatiivisen sairaanhoitajan kokemuksia tarkistuslistan käytöstä Vaasan keskussairaalan päiväkirurgian yksikössä. Haastatteluilla haluttiin myös selvittää tarkistuslistan hyötyjä ja mahdollisia haittoja sekä tarkistuslistan kehitystarvetta perioperatiivisen sairaanhoitajan näkökulmasta. Tavoitteena oli saada mahdollisimman kattava ja luotettava aineisto. Tä-



män opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen, tarkoitusten ja tavoitteiden ohjaamana laadittiin haastattelurunko haastatteluja varten. Haastattelurungon aiheina oli tarkistuslistan käyttökokemukset sekä positiiviset että negatiiviset käyttökokemukset (LIITE 2).

Molemmat opinnäytetyön tekijät olivat läsnä kaikissa haastatteluissa. Haastattelut nauhoitettiin opinnäytetyön tekijöiden kahteen eri matkapuhelimeen (Honor 8 Lite sekä Huawei P9 Lite). Nauhoitukset tuhottiin, kun haastattelut oltiin litteroitu. Ennen ryhmähaastatteluja pyydettiin haastateltavia allekirjoittamaan kirjallinen suostumus (LIITE 1). Haastateltavia pyydettiin vastaamaan kysymyksiin keskustelun tapaisesti, jonka aikana haastattelijat tekivät tarvittaessa lisäkysymyksiä haastattelun edetessä. Haastattelut nauhoitettiin ja kaikki haastattelut kestivät keskimäärin 11-12 minuuttia.

Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 172-173) mukaan opinnäytetyön raportointi tehdään yhdessä ohjaajan kanssa, joka antaa vinkkejä sekä kommentteja tutkimusraporttiin liittyen. Opinnäytetyöntekijät ovat olleet koko tutkimusprosessin ajan yhteydessä opinnäytetyön ohjaajaan, jonka kommentit ja kehittämisehdotukset on otettu huomioon opinnäytetyön raportissa. Tutkimustulosten raportointi on tärkeä osa tutkimuksen tekoa ja se on tutkijan velvollisuus. Tutkimuksen tulokset voidaan esitellä esimerkiksi opinnäytetyönä, konferenssissa, tieteellisenä tai ammatillisena julkaisuna. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 172-173.) Opinnäytetyön tulokset ovat nähtävissä itse opinnäytetyössä ja esitellään opinnäytetyönseminaarissa sekä päiväkirurgian osastotunnilla jouluna 2017. Opinnäytetyö julkaistaan myös Theseus- tietokannassa.

Tuomen ja Sarajärven (2013, 20) mukaan laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkimuksen teoriaosuus, johon tutkimus perustuu. Tässä tutkimuksessa pyrittiin etsimään tietoa alle 10 vuotta vanhoista lähteistä. Teoriatietoa haettiin erilaisista tietokannoista, kuten PubMed, CINAHL, Medic sekä hoitotyön kirjallisuudesta. Hakusanoina käytettiin potilasturvallisuus, perioperatiivinen hoitotyö, päiväkirurgia sekä tarkistuslista.

#### 4.2 Aineistonkeruumenetelmän arviointi

Haastattelumenetelmässä on sekä etuja että puutteita, joita jokaisen tutkijan olisi hyvä pohtia. Yhtenä suurena etuna on se, että haastattelemalla on mahdollista tavoittaa syvällistä tietoa haastateltavilta. Haastattelututkimuksen vastausaktiivisuus on yleensä parempi kuin kyselytutkimusten, koska niillä saadaan usein edustavampi otos. Ryhmähaastattelun etuna pidetään tiedon saamista usealta tiedonantajalta samaan aikaan ja he saattavat esimerkiksi muistaa joitakin kokemuksiaan ryhmän toisen jäsenen kertoman perusteella sisäisen vuorovaikutuksen ansiosta. Haastattelukerroiksi riittää myös vähempi määrä, kuin esimerkiksi yksilöhaastatteluja käytettäessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124-26.)

Päivi Kankkunen ja Katri Vehviläinen-Julkunen (2013, 126) muistuttavat, että myös mahdollinen aineiston keruuseen liittyvä luotettavuusongelma on otettava huomioon. Haastattelun haittana on, että se vaatii runsaasti aikaa ja sen toteuttaminen on kallista. Ryhmähaastattelujen toteuttaminen vie aikaa ja vaatii monenlaisia järjestelyjä, mutta toisaalta haastattelukertoja tarvitaan vähemmän. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124-126.)

Haastattelun tarkoituksensa on saada vastaajilta mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta, minkä vuoksi on perusteltua antaa haastateltaville aiheet tai kysymykset etukäteen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Haastattelukysymyksiä ei kuitenkaan näytetty haastateltaville etukäteen. Siitä huolimatta haastattelut etenivät alusta loppuun sujuvasti, sillä haastateltavat tiesivät etukäteen haastattelun aiheen.

Haastateltavat saivat kertoa ryhmähaastattelussa omia näkemyksiään ja mielipiteitään tarkistuslistan käytöstä päiväkirurgian yksikössä. Haastattelut etenivät kokonaisuudessaan sujuvasti keskustelun tavoin haastattelurungon ohjaamana. Haastattelutilanteissa oli kuitenkin mahdollista tehdä tarvittaessa tarkentavia lisäkysymyksiä, joiden avulla kyettiin selventämään saatuja vastauksia.

Haastattelulupaa varten haastattelijat kirjoittivat kirjallisen suostumuksensa ennen haastattelua. Itse haastattelut eivät vieneet paljoa aikaa, sillä haastatteluista toteutettiin vain kolme. Haastattelijan roolin ottaminen osoittautui hieman haastavaksi, mitä myös Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 206-207) pitävät haastattelumenetelmän yhtenä haasteena. Ryhmähaastatteluissa täytyi toisinaan esittää tarkentavia jatkokysymyksiä, jotta kaikki haastateltavat saatiin vastaamaan. Esitetyt jatkokysymykset auttoivat vastaajia kuitenkin jatkamaan keskustelua. Haastattelunauhujen jatkokäsittely oli työläämpää ja vei enemmän aikaa.

#### **4.3 Aineiston analysointi**

Opinnäytetyön haastatteluaineiston analysointi aloitettiin haastattelunauhujen litteroinnilla. Haastattelunauhujen materiaalin kirjoittamista tekstiksi kutsutaan litteroinniksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163). Nauhoitteet litteroitiin Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmalla (Times New Roman, Fontti 12, Riviväli 1,5) ja aineistoa saatiin yhteensä 11 sivua puhtaaksi kirjoitettuna. Aineiston litteroinnissa jätettiin pois sanoja kuten: ”tota”, ”joo” tai ”niinku”. Tavoitteena oli keskittyä haastateltavien vastauksiin ja koota keskeiset asiat. Lauserakenteita muokattiin selkeämmiksi, jotta litteroitua aineistoa oli helpompi analysoida.

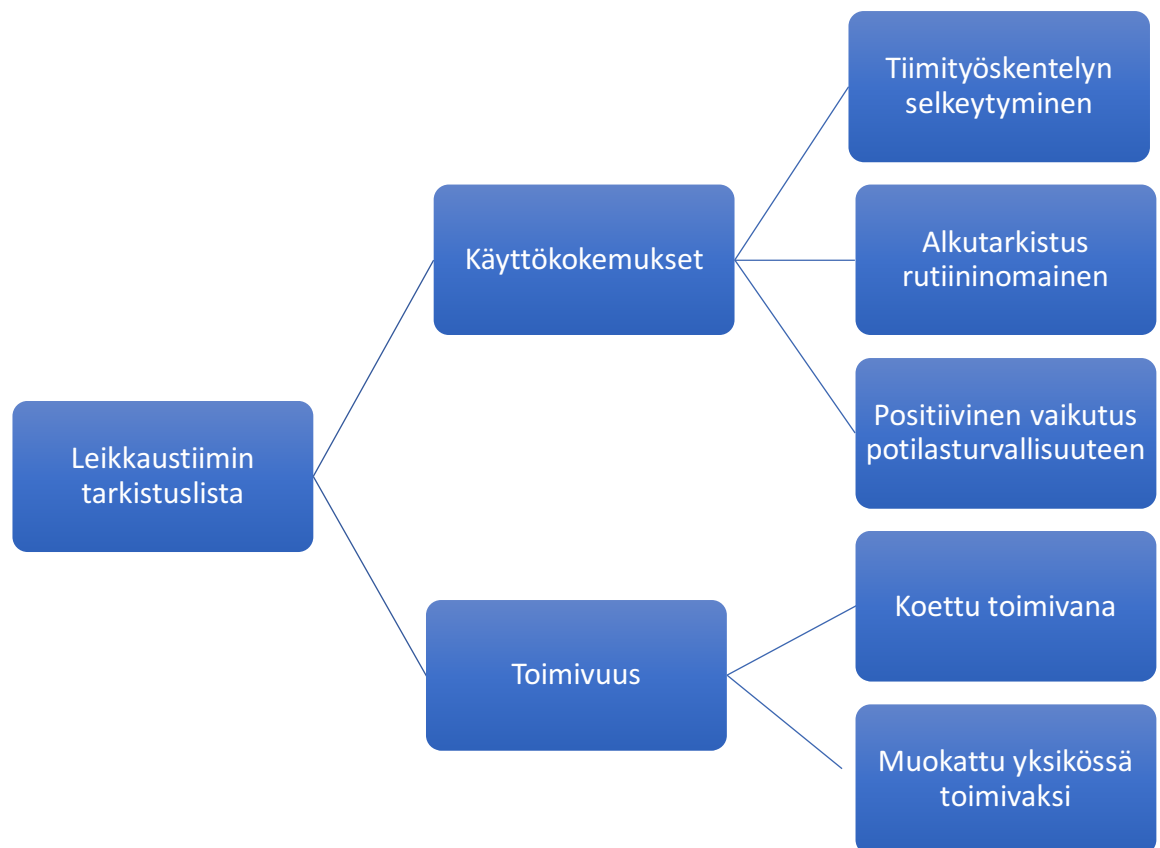
Litteroitu haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä, jossa aineisto tiivistetään ja tutkittavat ilmiöt kuvataan yleistävästi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165-166.) Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tavoitteena on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, jossa analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimusta ohjaavan tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95).

Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi. Aineiston pelkistämisessä eli redusoinnissa aukikirjoitettu haastatteluaineisto, muu asiakirja tai dokumentti pelkistetään niin, että aineistosta karsiutuu tutkimukselle epäolennainen tieto pois. Pelkistäminen voidaan tehdä siten, että litteroidusta

aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksiä kuvaavia ilmaisuja, jotka voidaan alleviivata erivärisin kynin. Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineiston alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi samalla etsien aineistosta keskenään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia ilmaavia käsitteitä, jonka jälkeen käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi, jolloin aineisto saadaan tiivistettyyn muotoon. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämisessä aineiston alkuperäisilmauksista muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Abstrahointi etenee syntyneiden alaluokkien ryhmittelyn jälkeen edelleen yläluokkien ryhmittelyyn, jonka jälkeen yläluokat yhdistetään pääluokiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112.)

Haastattelunauhojen litteroinnin eli auki kirjoittamisen jälkeen litteroidusta aineistosta haettiin tutkimuksen tavoitteita vastaavia alkuperäisilmauksia alleviivaamalla erivärisillä kynillä. Samankaltaiset alkuperäisilmaukset pelkistettiin, minkä jälkeen ilmaisuista muodostettiin alaluokat. Alaluokat abstrahoitettiin yläluokiksi, jotka jaettiin edelleen pääluokkiin. Aineiston tiivistyessä esille nousivat pääluokat, jotka olivat tarkistuslistan käyttökokemukset, toimivuus, asenteet sekä potilasturvallisuus. Yläkategoriaksi eli pääluokaksi muodostui leikkaustiimin tarkistuslista. Esimerkki haastattelujen aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä on esitetty kuviossa 1.

Aineiston analysoinnin jälkeen alkaa tulosten selittäminen ja tulkitseminen, jolloin tutkijan velvollisuutena on pohtia tuloksia ja tehdä niistä johtopäätöksiä. (Hirsjärvi ym. 2007, 224.) Tutkimustulosten raportointi on tutkimuksen keskeisin osa.



**KUVIO 1.** Esimerkki sisällönanalyysistä.

## 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Seuraavassa luvussa käydään läpi tutkimuksen tuloksia sekä vastataan tutkimuskysymyksiin. Tutkimustulosten tukemiseksi on kerätty muutamia haastateltavien alkuperäisilmaisuja.

Aineisto opinnäytetyöhön kerättiin haastatteleamalla kymmentä (10) perioperatiivista sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät tai työskentelivät aineistonkeruun aikana Vaasan keskussairaalan päiväkirurgian yksikössä. Kaksi haastatteluista järjestettiin huhtikuussa 2017, joissa haastateltiin kolmea sairaanhoitajaa kummassakin haastattelussa sekä kolmas haastattelu toukokuussa 2017, jolloin haastatteluun osallistui neljä sairaanhoitajaa.

### 5.1 Kokemuksia tarkistuslistan käytöstä

Haastateltavien mielestä tarkistuslistan läpikäyminen on erittäin tarpeellinen, luonnollinen osa työtä, tärkeä työkalu ja sen läpikäyminen on nykyään itsestäänselvyys. Alussa tarkistuslistan läpikäyminen saattoi tuntua ”pakkopullalta”, mutta kun on käyttänyt tarkistuslistaa pitkän aikaa, ei sitä niinkään huomaa, että siitä olisi lisätyötä. Kävi ilmi, että tarkistuslistaa läpikäydessä saattaa tulla sellainen tilanne esiin, että potilaalla on ollut eri käsitys tehtävästä leikkauksesta kuin mitä oikeasti ollaan tekemässä. Yhden perioperatiivisen sairaanhoitajan mielestä tarkistuslistan käytöstä ei ole vielä tullut rutiinia kaikille.

*”Se on aika onneton olotila, nimittäin eilen mulla tuli juuri semmoinen olo, kun ei tehty tarkistuslistaa, kun olin tuolla muualla. Itselle tuli vähän semmoinen tyhmä olo, että ei hetkinen onko kaikki nyt niin kuin pitää.”*

*”Mä en halua mennä saliin ilman tarkistuslistaa. Nimenomaan ilman sitä alkutarkistusta, sen mä koen tärkeimmäksi.”*

## 5.2 Tarkistuslistan käyttö päiväkirurgian yksikössä

Tarkistuslistaa käytetään kaikissa toimenpiteissä päiväkirurgian yksikössä. Tarkistuslistan läpikäymisen ajan kaikki keskittyvät tulevaan toimenpiteeseen, jonka kerrotaan olevan pieni tauko tai aikalisä ennen töiden aloittamista. Tarkistuslistan läpikäyminen saattaa myös joskus viivästyä tai ei mene oikean kaavan mukaan, mutta käydään kuitenkin läpi.

Alkutarkistusta pidetään rutiinina, mutta lopputarkistus on löysempi tai voi viivästyä. Viiltotarkistus saattaa jäädä tekemättä kiireen vuoksi. Saliin tullessa aika useasti anestesiahoitaja käy tarkistuslistan läpi, mutta se myös vaihtelee anestesiahoitajasta, anestesia lääkäriin, kirurgiin ja instrumenttihoitajaan, jotka käyvät listaa läpi. Haastateltavien mukaan oikeastaan koko tiimi osallistuu sekä kaikki kuuntelevat tarkistuslistan läpikäynnin.

Yhden sairaanhoitajan mielestä lopputarkistuksen tärkeys päiväkirurgisessa toiminnassa korostuu verratessa elektiiiviseen leikkaustoimintaan, sillä potilas kotiutuu päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen samana päivänä ja saa mukaan epikriisit, poliklinikka-ajat ja jatkohoitosuunnitelmat. Elektiiivisen leikkauksen jälkeen potilas menee heräämön kautta osastolle, jolloin kirurgilla on enemmän aikaa jopa seuraavaan päivään asti kirjoittaa määräyksiä. Päiväkirurgisessa toiminnassa kaikki tulee olla valmiina potilaan lähtiessä kotiin saman päivän aikana. Lisäksi lopputarkistus muistuttaa koko tiimiä oleellisista asioista.

## 5.3 Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen

Tarkistuslista vaikuttaa haastateltavien mielestä positiivisesti potilasturvallisuuteen sekä potilaan turvallisuuden tunteeseen. Yksi sairaanhoitaja kertoi potilaan kerran kysyneen miksi tällaista (tarkistuslistaa) tehdään. Hoitaja oli vastannut, että potilaan oman turvallisuuden lisäksi tarkistuslistan läpikäyminen tuo varmuutta leikkaavalle leikkaustiimille ja siten vähentää leikkausvirheiden riskiä. Potilaiden kerrottiin menevän hieman hämilleen tai jopa tuskastuvan siitä, kun potilaalta kysytään monta kertaa samoja itsestään selviä asioita.

Hoitajien mielestä potilaat saattavat epäillä, että eivätkö he tiedä mitä he ovat tekemässä, mikä täytyy selventää potilaalle, sillä potilaan halutaan itsekin tietävän mitä ollaan tekemässä. Odotustilaan on laitettu potilaille esille kylttejä, joissa selvitetään miksi tarkistuslistaa käydään läpi. Lisäksi potilasta haastateltaessa muistutetaan ja kerrotaan tarkistuslistan käytöstä, jotta potilas ymmärtäisi. Potilas, joka tulee leikkaukseen esimerkiksi toista kertaa saattaa jo ymmärtää, että tarkistuslistan läpikäyminen on olennainen osa leikkaustiimin työtä.

*”Vaikka tarkistuslistasta huolimatta voi silti tulla inhimillisiä virheitä.”*

*”Reaktioita on monenlaisia. Tuntee kuitenkin olonsa turvalliseksi ja luottaa täysin meidän toimintaan.”*

#### **5.4 Leikkaustiimin asenne tarkistuslistan käyttöä kohtaan**

Haastateltavien mielestä tarkistuslista ei ole vaikuttanut yhteistyöhön, sillä potilasta on aina hoidettu tiiminä. Tarkistuslistan käyttö on kuitenkin selkeyttänyt toimintaa ja sen avulla varmistetaan, että kaikilla on sama ymmärrys siitä, mitä ollaan tekemässä. Kaikki tiimin jäsenet ovat sen ansiosta tietoisia, jos on jotain erityistä, esimerkiksi MRSA tai latex-allergiaa.

Leikkaava tiimi saattaa myös vaihtua esimerkiksi syömässä käynnin yhteydessä, minkä vuoksi on erittäin tärkeää, että vaihtuneellakin tiimillä on kaikki olennainen tieto. Anestesia- sekä instrumenttihoitajat auttavat toinen toisiaan, eikä työ ole niin jaottunut anestesia- ja instrumenttihoitajan työtehtäviin.

Toisessa haastattelussa kerrottiin, että osa kirurgeista aloittaa itse tarkistuslistan läpikäymisen, mitä sairaanhoitajat pitivät todella hienona asiana ja halusivat muidenkin kirurgien jatkavan samaan malliin tulevaisuudessa. Kuitenkin on myös sitä toista ääripäätä, jotka eivät suostu kuuntelemaan tarkistuslistan läpikäyntiä, mutta se on kirurgista riippuvaa. Tarkistuslistan käyttöönottoon liittyvä vastarinta sekä kielteinen näkemys on kuitenkin vuosien myötä vähentynyt hitaana prosessina.



*”Mulle tarkistuslista on semmoinen turva siitä, että mä tiedän, että meillä on samat ajatukset siitä mitä tehdään.”*

Kaikki kuuntelevat tarkistuslistan, mutta voi käydä myös niin, ettei välttämättä paineta niin hyvin mieleen, mitä sanottiin. Tarkistuslistaan liittyen on tullut muutamia HaiPro-ilmoituksia. Niitä läpikäydessä leikkaustoimintaa yritetään parantaa ja kehittää, jolloin tarkistuslista on koko ajan tarkastelun alla. Haastateltavat kertoivat haittapuoleksi myös sen, ettei tarkistuslistaa välttämättä pystytä käymään läpi tai sen läpikäyminen on hankalaa potilaan kommunikaation eston vuoksi. Esimerkkinä tästä tuli esiin ulkomaalaiset, jotka eivät puhu samaa kieltä eikä ole tulkkia. Kaiken kaikkiaan haastateltavien mielestä tarkistuslista on ollut erittäin positiivinen asia.

*”En enää osaisi tehdä töitä ilman sitä.”*

*”Musta tuntuu, että täällä se on tullut semmoiseksi sydämen asiaksi kaikille, että sitä kehitetään ja käytetään.”*

## **5.5 Tarkistuslistan toimivuus päiväkirurgian yksikössä**

Vaasan keskussairaalan päiväkirurgian yksikössä on koettu nykyinen tarkistuslista toimivaksi. Tarkistuslistaa on muokattu yksikköön sopivaksi. Tarvittaessa jotain on lisätty, jos on koettu tarkistuslistasta puuttuvan joitain oleellisia asioita.

Yksi sairaanhoitaja kertoi, että tarkistuslistan yksi malli ei ole aivan jokaiseen toimenpiteeseen toimiva ja sitä voitaisiin jatkossa kehittää, esimerkiksi erityis- tai erikoisaloittain, sillä jotkin kysymykset koetaan turhiksi ja jotain voisi lisätä. Haastateltavat kertoivat tarkistuslistan tulleen ajatusmalliksi ja osaavat tarkistuslistan ulkoa ilman paperimallia, joita kuitenkin on leikkaussaleissa.

Haastateltavien mukaan tarkistuslista on vaikuttanut positiivisesti potilasturvallisuuteen ja pitävät sitä tärkeänä työkaluna leikkaussalityössä.

*”Tarkistetaan, että on oikea potilas, oikea puoli, syömiset ja juomiset, kaikki asiat mitkä vaikuttaa.”*

*”Yhteinen käsitys siitä mitä tehdään.”*

*”Tulee strukturoidusti ne asiat ja kaikki mikä on olennaista potilaan hoidossa.”*

*”Jos tarkistuslistaa ei käydä läpi niin voi olla sitten niin, että ollaankin leikkaamassa väärää puolta.”*

Tarkistuslistan haittapuoliksi kävi ilmi sen tuleminen rutiiniksi.

*”Kun se käydään läpi, niin sit se käydään läpi, koska se aina käydään läpi.”*

Haastateltavien mielestä opinnäytetyön aihe on hyvä ja mielenkiintoinen.

## 6 TUTKIMUKSEN POHDINTA

Tässä luvussa arvioidaan tutkimuksen tarkoituksen toteutumista sekä opinnäytetyön tavoitteiden täyttymistä. Luvussa arvioidaan laadullisen opinnäytetyön toteutumista, luotettavuutta sekä eettisyyttä. Luvussa tuodaan esille myös muutama jatkotutkimusehdotus.

### 6.1 Tutkimuksen arviointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia tarkistuslistojen käytöstä Vaasan keskussairaalan päiväkirurgian yksikössä. Opinnäytetyön tavoitteeksi asetettiin tavoite parantaa päiväkirurgian osaston potilasturvallisuutta sekä selvittää perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia tarkistuslistan käytöstä. Potilasturvallisuutta parannettiin edistämällä tarkistuslistan käyttöä, hoidon kirjaamista sekä raportointia.

Opinnäytetyön aihe on pysynyt samana koko tutkimuksen ajan. Teoriaosuus, tutkimuskysymykset sekä haastattelurunko muotoutuivat nykyisiksi tutkimuksen edetessä. Opinnäytetyön toteutus oli opinnäytetyön tekijöille mielenkiintoinen ja opettavainen, sillä aihe oli tarpeellinen ja ajankohtainen hoitoalalla. Haastatteluisista saatu aineisto oli suhteellisen suppea, joka voidaan nähdä tutkimuksen heikkoutena. Kyseinen tutkimus oli opinnäytetyön tekijöille ensimmäinen, joka voidaan myöskin nähdä tutkimusta heikentäväksi tekijäksi.

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Vaasan keskussairaalan päiväkirurgian yksikön kanssa. Opinnäytetyöntekijät olivat yhteydessä päiväkirurgian yksikön osastonhoitajan kanssa sähköpostitse sekä tapasivat henkilökohtaisesti muutaman kerran syksyllä 2016 sekä keväällä 2017. Osastonhoitaja ehdotti opinnäytetyön aiheen rajaamista sairaanhoitajan kokemuksiin tarkistuslistan käytöstä päiväkirurgian yksikössä. Päiväkirurgian henkilökunnan sekä opinnäytetyön tekijöiden välillä yhteistyö sujui hyvin.

Tutkimus aloitettiin huhtikuussa 2016 tapaamalla päiväkirurgian osaston- ja apulaisosastonhoitajat, joilta saatiin hyväksyntä aiheelle. Osastonhoitajan kanssa keskusteltiin tutkimuksen kulusta ja huhtikuun aikana opinnäytetyötä ohjaava lehtori puolsi aihetta sekä saatiin koulutuspäälliköltä hyväksyntä aiheelle. Tutkimussuunnitelman tekeminen alkoi samalla. Tutkimussuunnitelma oli valmis kesäkuussa 2016. Tutkimuslupaa anottaessa kohdeorganisaatiosta Vaasan keskussairaalaan pyydettiin tutkimussuunnitelmaan muutoksia ennen tutkimuslupan hyväksymistä. Syksyllä 2016 koottiin teoreettista viitekehystä. Tutkimussuunnitelma oli valmis tammikuussa 2017, jolloin anottiin uudestaan lupaa kohdeorganisaatiosta tutkimukselle, joka myös saatiin. Tutkimussuunnitelman valmistuminen viivästyi opinnäytetyöntekijöiden kesätöiden sekä koulun jatkumisen vuoksi. Aikatauluihin vaikutti muun muassa vuoden 2016 marras-joulukuussa toteutettu käytännön harjoittelu. Opinnäytetyön aloitettua tutkimussuunnitelman tärkeyden merkitys korostui.

Haastattelut toteutettiin kevään 2017 aikana. Ennen virallista haastattelua toteutettiin esihaastattelu haastattelurungon mukaisesti. Kesällä aineisto analysoitiin ajallaan sisällönanalyysillä. Syksyllä 2017 opinnäytetyö viimeisteltiin. Marraskuussa 2017 opinnäytetyö esitettiin seminaarissa Vaasan ammattikorkeakoululla sekä kohdeorganisaatiossa joulukuussa 2017.

## **6.2 Tutkimustulosten pohdinta**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää perioperatiivisen sairaanhoitajan kokemuksia tarkistuslistan käytöstä päiväkirurgian yksikössä. Lisäksi tutkimuksella selvitettiin sairaanhoitajien asenteita tarkistuslistan käyttöä kohtaan sekä tarkistuslistan käyttöönoton hyötyjä ja haittoja.

Hirsjärvi ym. (2007, 177) mukaan laadullista tutkimusta tehdessä aineisto on riittävä silloin, kun haastatteluissa sama asia toistuu riittävän usein. Tällöin tutkija voi päättää aineiston riittäväksi. Tässä tutkimuksessa haastatteluihin osallistui yhteensä 10 päiväkirurgian yksikön hoitohenkilökunnan jäsentä. Ryhmähaastattelui-

ta järjestettiin kaiken kaikkiaan kolme, joissa toistui samoja asioita ja vastaukset olivat samankaltaisia.

Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että tarkistuslistan käyttöä pidetään tärkeänä osana potilaan hoitoa ja potilasturvallisuutta. Tarkistuslistaa käytetään poikkeuksetta kaikissa toimenpiteissä päiväkirurgian yksikössä. Suurin osa haastateltavista piti alkutarkistusta rutiinina ja tärkeänä osana leikkaukseen valmistautumisessa. Alkutarkistusta läpikäydessä kaikilla leikkaustiimin jäsenillä on oikeat esitiedot potilaasta ja tulevasta toimenpiteestä. Tulos tukee aiempia tutkimustuloksia, joissa todetaan tarkistuslistan käytön lisänneen potilaan esitietojen varmistusta ennen leikkauksen aloittamista (Takala ym. 2009, 363; Kotkansalo, Takala, Katila, Peltonen, Aaltonen, Savunen, Kotilainen, Inkonen 2009, 206).

Tarkistuslistan käytöstä on kliinistä näyttöä sen vaikuttavuudesta komplikaatioiden vähenemiselle ja listan käyttöä suositellaan käytettäväksi kaikissa leikkauksissa ja yksiköitä kannustetaan muokkaamaan tarkistuslistaa sairaala- ja erikoisalakohteisesti (Inkonen & Pauniahon 2010, 108). Aikaisemmat kokemukset ovat osoittaneet, että tarkistuslistan keho käyttö ja muokkaamattomuus ovat lisänneet hoitajien töitä sen sijaan, että se olisi positiivinen muutos (Huang ym. 2013, 366). Vaasan keskussairaala on muokannut tarkistuslistaa päiväkirurgialla toimivaksi, mutta listaa voisi vielä kehittää lisää, sillä jotkin kysymykset koetaan turhiksi ja jotain voitaisiin myös lisätä. Hoitajat nostivat esille toiveen tarkistuslistojen kehittämisestä erikoisaloittain, jotka huomioisivat tarkemmin kunkin erikoisalan oleelliset asiat.

Tarkistuslistan käyttö rikkoo perinteisen leikkaussali hierarkian, sillä johtajuus jaetaan koko leikkaustiimin ja rohkaistaan tiimityöhön sekä yhteistyöhön (Huang ym. 2013, 366-367). Norjalaisessa yliopistosairaalassa tehdyssä tutkimuksessa tarkistuslistan käyttö osoitti olevan positiivinen vaikutus tiimityöskentelyyn ja turvallisuuskulttuuriin, kun tarkistuslistat toimivat taustalla leikkaustiimin muistuttajina (Haugen ym. 2013, 808). Tutkimuksessa kävi ilmi, että tarkistuslistan käyttö ei ole vaikuttanut yhteistyöhön, sillä potilasta on aina hoidettu tiiminä.

Tarkistuslistan käyttö on kuitenkin selkeyttänyt ja varmistanut, että kaikilla on sama käsitys siitä mitä ollaan tekemässä. Samanlaisia tuloksia on saatu myös aikaisemmin vuonna 2009 maailmanlaajuisessa tarkistuslistan käyttötutkimuksessa, jonka mukaan tarkistuslistan käyttö paransi potilaan henkilöllisyyden varmistamista sekä tietoisuutta leikkausriskeistä. Lisäksi tulokset osoittivat tarkistuslistan lisäävän potilastietojen tuntemusta ja kommunikaation parantumista leikkaustiimin välillä. (Takala ym. 2009; Kotkansalo ym. 2009; 206-207.)

Cabralin ym (2016, 206) mukaan kommunikaatio on elintärkeää, kun halutaan luoda luotettavaa leikkauskulttuuria leikkaussaleihin. Vuonna 2011 International Orthopaedics –lehdessä julkaistussa tutkimuksessa todettiin koko tiimin kommunikaation ja yhteistyön parantuneen tarkistuslistan esittelyn ja sen käytön myötä leikkaussalihenkilökunnan kokemana (Sewell 2011, 897-890). Myöskin Hoikan (2012) mukaan riskialttiimpia tilanteita vaaroille ovat ne, kun tieto ja hoitovastuu siirtyvät hoitajalta toiselle. Tarkistuslistan läpikäymisen ajan kaikki keskittyvät tulevaan leikkaukseen ja sen kerrotaan olevan pieni tauko ennen töiden aloittamista.

WHO neuvoo, että leikkaustiimin jäsenten ja tehtävien pysyessä samoina saman päivän aikana niitä ei tarvitse käydä uudelleen läpi, mutta jos tiimin yksikin jäsen vaihtuu, täytyy tarkistettavat kohdat varmistaa uudelleen (Leikkaustiimin tarkistuslista 2009). Leikkaava tiimi saattaa vaihtua esimerkiksi ruokailutauon vuoksi, minkä vuoksi kaiken olennaisen tiedon kertominen potilaasta seuraavalle hoitajalle on erittäin tärkeää. Yhden sairaanhoitajan mielestä lopputarkistuksen tärkeys korostuu päiväkirurgisessa leikkaustoiminnassa verrattuna elektiiviseen leikkaustoimintaan, sillä potilas kotiutuu samana päivänä ja tarkistuslista muistuttaa koko tiimiä muistettavista asioista.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009, 13-14) mukaan potilasturvallisuuskulttuuria pyritään parantamaan systemaattisilla toimintatavoilla ja sitä tukevalla johtamisella, arvoilla sekä asenteilla. Tarkistuslistaa käyttäen tulee strukturoidusti kaikki ne asiat, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon ja on yhteinen käsitys siitä, mitä tehdään.

Helovuon (2012, 26) mukaan tällaisella standardoidulla raportointitavalla pystytään vähentämään mahdollisia vuorovaikutustilanteisiin liittyviä jännitteitäkin. Päiväkirurgian yksikössä tarkistuslistan läpikäymisen aloittaa yleensä anestesiahoitaja, mutta välillä myös instrumentoiva hoitaja tai kirurgi aloittaa listan läpikäymisen. Hoitajat pitivät tätä erittäin hienona asiana, mikä voidaan nähdä yhteistyötä parantavana tekijänä leikkaus- ja anestesiatiimin välillä.

On todettu, että kommunikoinnin ongelmat vaikuttavat jopa 65 %:iin haittatapahumista, mikä voi tarkoittaa joko väärinymmärrystä tai tiedonkulun katkeamista (Helovuon 2012, 26.) Osa hoitajista koki kommunikoinnin maahanmuuttajapotilaiden kanssa haasteena. Yhteisen kielen puute johtaa herkästi väärinymmärryksiin. Tällaisissa tilanteissa kieliongelma täytyy heti ratkaista, joko tulkkipalvelun tai kehonkielen avulla. On erittäin tärkeää, että kommunikointi on toimivaa, jotta virheitä välttyttäisiin.

Nykyajan perioperatiivisessa hoitotyössä ei tulisi mieleenkään aloittaa leikkausta ilman, että ennen kuin kaikki turvallisuustarkastukset on käyty läpi (Stratton 2016, 549). Haastateltavat kertoivat, että he eivät enää osaisi tehdä töitä ilman tarkistuslistaa ja eivät haluaisi mennä leikkaussaliin ilman tarkistuslistan läpikäymistä. Suomessa tehdyssä käyttötutkimuksenkin perusteella on todettu, että tarkistuslistan käytöllä on ollut suotuinen vaikutus juuri tiedonkulkuun ja huolellisuuteen (Ikonen & Pauniahon 2010, 110.)

Haastateltavat pitivät tarkistuslistaa positiivisena ja tärkeänä työkaluna osana leikkaustiimin toimintaa. Osa haastateltavista oli kuitenkin kokenut myös väheksyntää tarkistuslistan käyttöä kohtaan kirurgien tai anestesiahoitajien osalta, mikä tukee aikaisempia tutkimustuloksia, joissa on selvinnyt, ettei osa lääkäreistä koe tarkistuslistan käytön lisäävän potilasturvallisuutta (O'Connor, Reddin, O'Sullivan, O'Duddy & Keogh 2013, 3).

### 6.3 Johtopäätökset

Tässä alaluvussa esitetään tutkimuksen johtopäätökset. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia kokemuksia perioperatiivisella sairaanhoitajalla on tarkistuslistan käytöstä päiväkirurgian yksikössä. Täten tutkimuskysymyksiksi muodostui: millaisia kokemuksia perioperatiivisella sairaanhoitajalla on tarkistuslistan käytöstä intraoperatiivisessa vaiheessa, millaisia asenteita perioperatiivisella sairaanhoitajalla on tarkistuslistaa kohtaan sekä miten tarkistuslistan käytöllä voidaan parantaa potilasturvallisuutta.

Tämän tutkimuksen yhtenä päämääränä oli selvittää, millaisella asenteella hoitajat käyttävät leikkaustiimin tarkistuslistaa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on käsitelty paljon tarkistuslistan käyttöönotosta johtuvia hyötyjä, joita ovat muun muassa potilasturvallisuuden parantuminen, postoperatiivisten infektioiden ja kuolleisuuden väheneminen. Aiheesta on paljon tuoretta kirjallisuutta ja tutkimustietoa niin kotimaisissa kuin kansainvälisissäkin julkaisuissa. Tutkimuksen tavoitteena oli parantaa päiväkirurgian osaston potilasturvallisuutta systematisoimalla tarkistuslistan käyttöä, hoidon kirjaamista ja raportointia päiväkirurgian yksikössä.

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli: Millaisia kokemuksia perioperatiivisella sairaanhoitajalla on tarkistuslistan käytöstä intraoperatiivisessa vaiheessa? Päiväkirurgian yksikön henkilökunta pyrkii käyttämään tarkistuslistaa jokaisessa toimenpiteessä. Vuonna 2009 julkaistun Suomen Anestesiologiyhdistyksen tutkimusartikkelinkin mukaan tarkistuslistaa kehoitetaan käyttämään jokaisessa anestesiatimenpiteessä (Takala ym. 2009, 363). Suurin osa hoitajista koki, että tarkistuslistan käytöstä on tullut rutiini päiväkirurgian yksikössä. Ilman tarkistuslistaa leikkaussaliin ei osaisi enää mennä. Alkutarkistus koettiin tärkeimmäksi ja on muodostunut jo rutiiniksi, kun taas lopputarkistus saatetaan käydä löysemmin läpi esimerkiksi kiireen vuoksi.

On tärkeää, että leikkaustiimin jäsenet ovat sitoutuneet tarkistuslistan käyttöön ja ja kunnioittavat sen läpikäymistä. (Spruce 2014, 471-472; Battié 2015, 598.) Ko-



ko tiimin osallistumista korostettiin ja pidettiin tärkeänä, että kaikki kuuntelevat tarkistuslistan läpikäynnin, jotta jokaisella tiimin jäsenellä on samat tiedot potilaasta ja käsitys siitä, mitä tehdään.

Päiväkirurgisessa toiminnassa lopputarkistuksen merkitys nostettiin esille, sillä potilas kotiutetaan samana päivänä, jolloin jatkohoitosuunnitelma tulee olla selvä. Tiedonkulku hoitajien ja potilaan välillä on välttämätöntä potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta (Hoikka 2012, 24; Kupari & Rantanen 2012, 21).

Toisena tutkimuskysymyksenä oli: Millaisia asenteita perioperatiivisella sairaanhoitajalla on tarkistuslistaa kohtaan? Kaikki hoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että tarkistuslista on tarpeellinen ja tärkeä työkalu, jonka käyttäminen on nykyään itsestäänselvyys. Tarkistuslistan käytön ei koettu aiheuttavan lisätyötä tai minkäänlaista haittaa. Aikaisemmin sen läpikäyminen saattoi tuntua pakolliselta, kun listan käyttö oli ihan uutta.

Listan käytöllä ei ole suoranaisesti ollut vaikutusta yhteistyöhön, sillä potilasta on hoidettu päiväkirurgian yksikössä aina tiiminä. Leikkaussalissa tiimityön merkitys korostuu, sillä potilaan turvallisuudesta on vastuussa koko tiimi yhdessä leikkauksen aikana ja leikkauksen jälkeen (Huang ym. 2013, 365-366). Hoitajat kokivat tarkistuslistan käytön parantaneen myös asenteita potilasturvallisuutta kohtaan. Kaiken kaikkiaan hoitajien asenteet tarkistuslistan käyttöä kohtaan olivat positiivisia ja kannattavia päiväkirurgian yksikössä. Sen sijaan kirurgien puolelta vastustamista listan käyttöä kohtaan on jonkin verran esiintynyt.

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli: Miten tarkistuslistan käytöllä voidaan parantaa potilasturvallisuutta perioperatiivisen sairaanhoitajan kokemana? Hoitajat kokivat tarkistuslistan käytöllä olevan ehdottoman tärkeä merkitys potilasturvallisuuteen ja sen edistämiseen leikkaustoiminnassa. Haastatteluissa ilmeni, että tarkistuslistaa läpikäydessä on tullut vastaan tilanteita, jolloin potilaalla on ollut eri käsitys tulevasta toimenpiteestä kuin hoitajilla. Tällaisissa tilanteissa olisi voinut sattua vakavakin hoitovirhe, jos tarkistuslistaa ei olisi ollut käytössä.

Päiväkirurgian yksikön sairaanhoitajat ovat tulosten perusteella valveutuneita tarkistuslistan käyttöä kohtaan ja ymmärtävät sen merkityksen osana turvallista perioperatiivista hoitotyötä. Tulokset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimustulosten kanssa niiden tutkimusten osalta, joissa on tarkasteltu sairaanhoitajien käyttökokemuksia tarkistuslistan käytöstä. Hoitajien mukaan myös potilaat itse ovat kokeneet tarkistuslistan käytön parantaneen turvallisuutta ja turvallisuuden tunnetta. Potilasturvallisuuden lisäksi tarkistuslistan läpikäyminen luo leikkaavalle tiimille varmuutta ja siten vähentää leikkausvirheiden ja komplikaatioiden riskiä.

#### **6.4 Tutkimuksen etiikka**

Keskeisintä tieteellisessä toiminnassa on tutkimuksen eettisyys ja lähtökohtana tutkimusetiikassa on sen hyödyllisyys. Tutkimusetiikan mukaisesti on aina lähtökohtaisesti pyrittävä tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien riskien minimointiin. Jo aihetta valitessa tehdään ensimmäinen eettinen valinta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177.) Tämän opinnäytetyön aihe on ajankohmainen, vaativa sekä yhteiskunnallisesti merkittävä, sillä toimintaan leikkaussalissa liittyy aina suuria riskejä, joita pystytään ennaltaehkäisemään.

Yhtenä tutkimukseen osallistumisen lähtökohdista on potilaan tai asiakkaan itsemääräämisoikeus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177). Opinnäytetyössä ei haastateltu päiväkirurgialla hoidettavia potilaita vaan päiväkirurgialla työskenteleviä perioperatiivisia sairaanhoitajia. Haastateltavien itsemääräämisoikeudesta pidettiin huoli pyytämällä heiltä kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta ja haastattelut tapahtuivat hoitajien työaikana. Suostumuslomakkeessa haastateltaville selvitettiin, että heillä on mahdollisuus perua tutkimukseen osallistumisensa missä vaiheessa tahansa. Tämä vakuutettiin haastateltaville vielä ennen haastattelun alkamista. Suostumuslomakkeessa ilmoitettiin haastattelijoiden yhteystiedot, jotta haastateltavat voisivat ottaa heihin yhteyttä tarpeen vaatiessa. Lomakkeessa ilmoitettiin myös opinnäytetyön ohjaavan opettajan yhteystiedot.

Tutkittavilla on myös mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan ja keskeyttää tutkimus. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla aidosti vapaaehtoista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Haastateltavilla oli oikeus perua osallistumisensa haastatteluun missä vaiheessa tahansa ja asiasta muistutettiin ennen jokaisen haastattelun alkua. Kirjallisessa suostumuslomakkeessa oli myös opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot sekä opinnäytetyön ohjaavan opettajan yhteystiedot tarvittaessa yhteydenottoa varten.

Päivä Kankkunen ja Katri Vehviläinen-Julkunen (2013, 219) painottavat, että osallistumisen on perustuttava ”tietoiseen suostumukseen”, eli tutkittavalla täytyy olla tietämys tutkimuksen luonteesta ja aineiston säilyttämisestä. Suostumuslomakkeessa haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja luonne, sekä tuotiin ilmi tutkimuksen julkaisun ajankohta sekä miten tutkimus tullaan julkaisemaan. Haastattelun etenemisestä kerrottiin vastaajille ennen haastattelun alkua. Suostumuslomakkeessa haastateltaville kerrottiin myös, että haastattelunauhoite sekä haastattelun aikana tehdyt muistiinpanot hävitetään opinnäytetyön valmistuttua ja sen tultua hyväksytyksi Vaasan ammattikorkeakoulussa.

Tutkimukseen valittujen henkilöiden tulee olla tasa-arvoisia, millä tarkoitetaan tutkimustyön oikeudenmukaisuutta. Tämä on otettava huomioon erityisesti silloin, kun otos ei ole tehty satunnaisesti vaan tutkimukseen on valittu tietyt henkilöt. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Tässä tutkimuksessa on hyvin vaikea arvioida tiedonantajien haavoittuvuutta, ja haastatteluihin ei osallistuttu täysin vapaaehtoisesti ilmoittautumalla, sillä päiväkirurgian yksikön osastonhoitaja valitsi haastatteluihin osallistuvat sairaanhoitajat. Haastatteluihin nimettiin tietoisesti henkilöitä, joilla oli erimittaista kokemusta perioperatiivisesta hoitotyöstä ja tarkistuslistan käytöstä.

Tutkimusaineistoa ei tule luovuttaa tutkimukseen kuulumattomille (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221). Vain opinnäytetyön tekijät ovat nähneet tutkimusaineiston. Haastattelun aikana tehdyt muistiinpanot hävitettiin asianmukaisesti silppuamalla opinnäytetyön valmistuttua. Haastatteluaineisto säilytettiin lukitussa

paikassa tietokoneella salasanalla suojattuna. Lisäksi heille kerrottiin, ettei haastattelun sisältö tule muiden kuin opinnäytetyön tekijöiden käyttöön ja tietoon. Näin haluttiin taata haastateltavien anonymiteetti. Tässä opinnäytetyössä ei tarkastella haavoittuvia ryhmiä eikä käytetä lapsia tutkimuksen kohteena. Vaasan keskussairaalan ylihoitaja myönsi virallisen luvan opinnäytetyön tekemiseen, jolloin saatiin myös lupa käyttää Vaasan keskussairaalan nimeä opinnäytetyössä.

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa on vältettävä epärehellisyyttä, eikä tutkimustuloksia saa vääristellä, plagioida eikä tulosten raportointi saa olla harhaanjohtavaa. Toisen tutkijan osuutta ei voi vähätellä ja tutkimukseen määrätty rahat on käytettävä ainoastaan tutkimuksen tekemiseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Tutkimustuloksia ei vääristelty. Haastatteluaineisto litteroitiin ja pelkistettiin yhdeksi sanoiksi tai lauseiksi sisällönanalyysillä. Tutkimusvaiheet ovat raportoitu kriittisesti sekä yksityiskohtaisesti. Opinnäytetyön tekijät toimivat kahdestaan, eikä apurahaa opinnäytetyölle saatu.

Julkaisun tekijällä on tekijänoikeus, jota suojaa vahvasti laki. Tuotettua tietoa siiteeratessa on merkittävä käytetty lähde alkuperäisjulkaisun lähdemerkinnöin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 174.) Opinnäytetyössä käytetyt lähteet olivat luotettavia, ja käytettyihin lähteisiin on viitattu tekstissä asianmukaisesti. Vaasan ammattikorkeakoulun viittauskäytäntöjen mukaisesti.

## 6.5 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuuden toteutuminen edellyttää, että tutkimustuloksissa kuvataan selkeästi, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Näin voidaan tarkastella tutkimuksen analyysiprosessia ja tulosten validiteettia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä tutkia juuri sitä, mitä oli tarkoituskin. Reliabiliteetti taas tarkoittaa tutkimusten tulosten tois-

tettavuutta. Reliabiliteettia sekä validiteettia tulisi välttää kuitenkin kvalitatiivisissa tutkimuksissa, sillä käsitteet ovat kytköksissä kvantitatiiviseen tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 231-232). Laadullisen tutkimuksen raporteissa esitetään usein suoria lainauksia haastatteluteksteistä, jolla pyritään lisäämään tutkimuksen luotettavuutta ja antamaan lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keuruun polkua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160).

Hirsjärven, Remeksen sekä Sajavaaran (2009, 232) mukaan tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteutumisesta kohentaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, joka koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Opinnäytetyössä on pyritty kertomaan kaikki tutkimuksen vaiheet tarkasti lukijalle. Opinnäytetyön toteutusvaiheessa selvitetään, miten laadullinen aineisto on koottu sekä perustellaan, miksi aineistonkeruu suoritettiin ryhmähaastattelun keinoin. Toteutuksessa raportoidaan haastateltavien valintakriteerit, haastatteluolosuhteet sekä aineistonkeruuseen käytetyt välineet. Alkuperäinen haastattelurunko on esitetty tämän opinnäytetyöraportin liitteenä.

Laadullisen tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten kuvaamista niin, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja kuinka tutkimustuloksiin on päädytty. Laadullisen tutkimuksen siirrettävyydellä voidaan nähdä, kuinka tutkimustulokset ovat siirrettävissä muuhun tutkimusympäristöön, mikä varmistetaan kuvaamalla huolellisesti tutkimusten toteutusvaiheet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää tutkijatriangulaatio, joka tarkoittaa, että tutkimuksen aineistonkeruuseen ja tulosten analysoimiseen ja tulkitsemiseen osallistui useampia tutkijoita (Hirsjärvi ym. 2009, 233). Tämän opinnäytetyön tekemiseen osallistui kaksi henkilöä, mikä vähensi ennakkokäsitysten syntymistä tutkimuksen alusta tutkimustuloksiin saakka, mikä osaltaan edisti tutkimuksen luotettavuutta.

Tämän opinnäytetyön aineiston ovat analysoineet molemmat opinnäytetyöntekijät, millä on pyritty lisäämään aineiston analyysin luotettavuutta. Opinnäytetyön

tekijät tekivät aineistosta sisällönanalyysin erikseen, jonka jälkeen analyysyjä vertailtiin ja yhdisteltiin keskenään. Sisällönanalyysin tarkastelu yhdessä toi toisenlaista näkökulmaa analyysin tekoon. Tutkimuksen luotettavuutta lisää raportoinnissa käytetyt suorat lainaukset tutkimusaineistosta, jotka on liitetty tutkimustuloksiin. Luotettavuutta lisää myös teoreettisen viitekehyksen käsitteiden määrittely. Teoreettisessa viitekehyksessä on määritellyt käsitteet potilasturvallisuus, perioperatiivinen hoitotyö, päiväkirurgia sekä tarkistuslista.

## **6.6 Jatkotutkimusaiheet**

Jatkotutkimuksen kannalta tämä opinnäytetyö tuo esiin useita eri mahdollisuuksia. Tarkistuslistan käyttöön liittyviä toimintatapoja ja asenteita voisi tutkia laajemmin määrällisenä tutkimuksena leikkaussaleissa. Toisen jatkotutkimusaiheena tarkistuslistan käyttökokemuksia voisi tutkia myös vertailututkimuksena, esimerkiksi päiväkirurgisen yksikön ja leikkausosaston välillä. Tällaisella tutkimuksella saataisiin näyttöä siitä, miten tarkistuslistan käyttö eroaa eri yksiköiden tai osastojen välillä.

Kolmanneksi jatkotutkimusaiheeksi tässä opinnäytetyössä muodostui tarve kehittää tarkistuslistoja erikoisaloittain. Tarkistuslistaa voidaan jatkuvasti muokata hoitoalan ammattilaisten kokemusten perusteella toimivammaksi ja tarkoitustaan vastaavammaksi eri tilanteissa.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö: sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki. SanomaPro Oy.

Battié, R. 2015. Is the Use of Surgical Checklists Thriving in Your OR? AORN Journal. Vol 101. No 6. 597-598. Viitattu: 26.5.2017.  
[http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(15\)00338-5/pdf](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(15)00338-5/pdf)

Cabral, R., Eggenberger, T., Keller, K., Gallison, B. & Newman, D. 2016. Use of a Surgical Safety Checklist to Improve Team Communication. Viitattu 3.4.2017. AORN Journal. Volyymi 104. No. 3, 206-2016.

Haastattelu 1 & 2. 11.04.2017. Vaasan keskussairaala.

Haastattelu 3. 15.05.2017. Vaasan keskussairaala.

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. 1.painos. Helsinki. WSOY.

Haugen, A., Softeland, E., Eide, G., Sevdalis, N., Vincent, C., Nortvedt, M. & Harthug, S. 2013. Impact of the World Health Organization's SSC on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study. British Journal of Anaesthesia 110, 5, 807-815. Viitattu 16.5.2017  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3630285/pdf/aet005.pdf>

Hautakangas, A-L., Makkonen, H., Lukkarinen, I., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki. WSOY.

Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A-H., Dellinger, E., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, M., Merry, A., Moorthy, K., Reznick, R., Taylor, B. & Gawande, A. 2009. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. The New England Journal of Medicine 360, 5, 491-499. Viitattu 17.5.2016  
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0810119>

Helovuori, A. 2012. Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää. Sairaanhoitaja 85, 2, 25-26.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. painos. Helsinki. Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hoikka, A. 2012. Raportointityökalu ISBAR – kokemuksia käyttöönotosta Tyks Kirurgisesta sairaalasta. Spirium 47, 3, 24-25.

Huang, L., Kim, R. & Berry, W. Creating a Culture of Safety by Using Checklists. AORN Journal. 2013. Vol 97. No 3. 365-368. Viitattu: 26.5.2017.

Ikonen, T.S. & Pauniahio, S.-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnanest 43, 2, 108-111.

Ikonen, T.S., Aarnio, P., Kangasmäki, E., Karjalainen, K., Kontsas, T., Kujala, R., Pauniahio, S.-L., Saarnio, I., Savunen, T. & Sivula H. Tarkistuslista vähentää virheitä leikkaussaleissa. 6/2009. Suomen Lääkärilehti. s. 516-517.

Inkinen, R. & Korkeamäki, L. 2012. Leikkaustiimin tarkistuslistan tavoitteena parempi potilasturvallisuus. Pinsetti 24, 3, 34.

Järvinen, T. & Ruotsalo, P. 2016. Tarkistuslista avuksi toimenpide- ja leikkausvalmisteluihin hoitoon liittyvien infektioiden vähentämiseksi. Suomen sairaalahygienialehti. vol. 34. no. 1. 14-17.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3 painos. Helsinki. SanomaPro Oy,

Karma, A., Kinnunen, K., Palovaara, M. & Perttunen J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro. 18-21.

Kinnunen, M., Aaltonen, L-M., Mustajoki, P. & P.Roine, R. 2015. Vakioitu toimintatapa vähentää virheitä potilastyössä. Suomen lääkäri-lehti. vol 70. no. 10. 662-663.

Kotkansalo, A., Takala, R., Katila, A., Peltomaa, K., Aaltonen, R., Savunen, T., Kotilainen, E. & Inkonen, T. 2009. WHO:n tarkistuslistan käytöstä hyötyä neurokirurgian leikkauksissa. Suomen Ortopedia ja Traumatologia 3, 206-207.

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoidaja 85, 3, 29-31.

Kupari, P. & Rantanen, T. 2012. ISBAR auttaa viestimään oleellisen. Systole 2, 20-22.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Vol. 11, no 1. Hoitotiede.

L 30.12.2010/1326. Terveystietolaki. Säädetietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 19.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>

Leikkaustiimin tarkistuslista. 2009. World Health Organisation.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. SanomaPro.



Mattila, K. & Hynynen, M. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. Duodecim. 128:1423-4

O'Connor, P., Reddin, C., O'Sullivan, M., O'Duffy, F. & Keogh, I. 2013. Surgical check-list: the human factor. Patient safety in surgery [verkkoartikkeli]. nro 7 (14) Viitattu 24.9.2017  
<https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1754-9493-7-14>

Pauniahho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T.S. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Suomen Lääkärilehti 65, 49, 4249-4254.

Perry & Kelley. 2014. Checklists, global health and surgery: a five-year checkup of the WHO Surgical Safety checklist programme. Clinical Risk. Vol 2(3). 59-63. Viitattu 26.5.2017.

Perttunen, J. 2016. Näyttöön perustuvaa perioperatiivista hoitotyötä. Pinsetti. 23-24.

Ruohoaho, U-M. 2016. Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa – LYHKI, HERKO, SEUKO? Duodecim. 132, 12, 1098-1100. Viitattu 30.5.2017  
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/xmedia/duo/duo13196.pdf>

Salmenperä, M. & Hynynen, M. 2013. Vähentääkö leikkaustiimin tarkistuslista leikkauksuolleisuutta? Duodecim 129, 2, 110-112. Viitattu 19.5.2016.  
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/xmedia/duo/duo10740.pdf>

Sewell, M., Adebibe, M., Jayakumar, P., Jowett, C., Kong, K., Vemulapalli, K., Levack, B. 2011. Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. International Orthopaedics 35 (6), 890-897. Viitattu 15.10.2017  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3103968/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Viitattu 17.5.2017  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus\\_julkaisu\\_2009\\_3\\_verkko\\_UP.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1)

Spruce, L. 2014. Back to Basics: Implementing the Surgical Checklist. Viitattu 3.4.2017. AORN Journal. Volyymi 100. No.5, 466-475.

Stratton, M. 2016. The Power of Checklists. AORN Journal. Vol 103. Nro. 6. 549-551. Viitattu 26.5.2017.

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Finnanest. 338-343.

Takala, R., Katila, A., Porkkala, T., Aaltonen, R., Pauniahho, S-L., Kotkansalo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Ikonen, T. 2009. Leikkaussalin tarkistuslistasta hyötyä anestesiologin työssä. *Finnanest* 4, 363.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Leikkaustiimin tarkistuslista. Viitattu 5.6.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen/leikkaustiimin-tarkistuslista>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. 7. Tampere. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Viitattu 16.5.2017

<https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. painos. Helsinki. Tammi.

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T., Suominen, S. 2001. Kirurgia. Helsinki. WSOY.

Voimanen, P. & Alahuhta, S. 2015. Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa? *Finnanest*. Vol 48, nro 4. 332-337.

## LIITE 1

### Suostumus haastatteluun

Pyydämme teitä ystävällisesti osallistumaan haastatteluun, jonka tarkoituksena on selvittää perioperatiivisen sairaanhoitajan kokemuksia tarkistuslistan käytöstä. Tarkoituksena on myös selvittää tarkistuslistan hyötyjä ja haittoja perioperatiivisen sairaanhoitajan näkökulmasta. Haastattelun tavoitteena on saada kattava aineisto opinnäytetyöhömmme.

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Vaasan ammattikorkeakoulusta ja aiomme suuntautua perioperatiiviseen hoitotyöhön. Aikomuksenamme on valmistua perioperatiiviseksi sairaanhoitajiksi jouluna 2017.

Laadullisessa opinnäytetyössämme selvitämme perioperatiivisen sairaanhoitajan asenteita tarkistuslistan käytöstä sekä kartoitamme tarkistuslistojen hyötyjä ja haittoja potilasturvallisuuden kannalta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää tarkistuslistaa ja parantaa potilasturvallisuutta. Haastattelemme opinnäytetyössämme kuutta päiväkirurgian osaston perioperatiivista sairaanhoitajaa, jotta aineistosta tulisi mahdollisimman kattava ja laadukas.

Haastattelu toteutetaan ryhmässä, joissa jokaisessa on 2-3 perioperatiivista sairaanhoitajaa. Haastattelu kestää noin 30-60 minuuttia. Haastateltavilla on oikeus perua osallistumisensa missä vaiheessa tahansa. Nauhoitamme haastattelun ja sen lisäksi teemme kirjallisia muistiinpanoja, joissa käytämme apuna haastattelurunkoa. Haastattelu perustuu luottamuksellisuuteen: Teidän henkilötietonne eivät tule missään vaiheessa esille eikä haastattelun aineisto tule muiden kuin opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Haastatteluiden aikana tehty kirjalliset muistiinpanot ja nauhoite hävitetään, kun opinnäytetyö on valmis ja hyväksytty Vaasan ammattikorkeakoulussa.

Ystävällisin terveisin

Cascarino Elli ja Nykänen Jenna

Minä, \_\_\_\_\_ suostun haastateltavaksi.

Paikka: \_\_\_\_\_ Aika: \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Opinnäytetyön ohjaaja Riitta Koskimäki

## LIITE 2

### **Haastattelurunko**

Nimemme on Jenna Nykänen ja Elli Cascarino ja opiskelemme sairaanhoitajiksi Vaasan ammattikorkeakoulussa. Teemme kvalitatiivisen eli laadullisen opinnäytetyön perioperatiivisen sairaanhoitajan kokemuksista ja asenteista tarkistuslistan käytöstä Vaasan keskussairaalan päiväkirurgian osastolle. Tämän ryhmähaastattelun tarkoituksena on selvittää tarkistuslistan hyötyjä, haittoja sekä asenteita tarkistuslistaa kohtaan perioperatiivisen sairaanhoitajan näkökulmasta.

Haastattelu on muodoltaan ryhmähaastattelu. Olemme etukäteen miettineet kysymyksiä aiheeseen liittyen ja toivomme, että haastattelu etenisi keskustelun muodossa näiden kysymysten pohjalta. Teemme haastattelun aikana kirjallisia muistiinpanoja sekä nauhoitamme haastattelun. Osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista ja ennen haastattelun alkua pyydämme teitä ystävällisesti allekirjoittamaan suostumukset haastatteluun.

### **Kokemuksia tarkistuslistan käytöstä**

1. Millaisena koet tarkistuslistan läpikäymisen?
2. Käytetäänkö tarkistuslistaa jokaisessa toimenpiteessä?
3. Miten tarkistuslista vaikuttaa potilasturvallisuuteen ja potilaan turvallisuuden tunteeseen?
4. Millainen vaikutus tarkistuslistan käytöllä on ollut yhteistyöhön? Esim. leikkaustiimin työskentelyyn, kommunikointiin, tiedonkulun parantumiseen?
5. Miten toimivaksi koet nykyisen tarkistuslistan?

**Tarkistuslistan myönteiset käyttökokemukset**

1. Millaisia hyötyjä tarkistuslistoilla on päiväkirurgian osastolla?
  - Esimerkiksi: Kokemuksia ennen tarkistuslistojen käyttöönottoa, hoidonlaatu, potilasturvallisuus?

**Tarkistuslistan negatiiviset käyttökokemukset**

1. Onko tarkistuslistan läpikäymisessä mielestäsi jotain haittaa?
  - Esimerkiksi: Aikaa vievä, jätetäänkö käyttämättä, pidetäänkö turhana, syyllistääkö virheen tehnyttä?